



Formación en Psicoterapias Cognitivas
Contemporáneas

**Clínica de los Trastornos de la Ansiedad I: Ataque de
Pánico, Fobia y Fobia Social**

Fundación Foro

Formación en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas

Clínica de los Trastornos de la Ansiedad I: Ataque de Pánico, Fobia y Fobia Social

1. Fundamentos

Los trastornos de ansiedad se cuentan entre las demandas de atención más usuales en la clínica actual. El trastorno de pánico es uno de los desórdenes de ansiedad más frecuente, y los episodios o ataques de pánico asimismo suelen presentarse en el curso de cualquier otro trastorno de ansiedad. La prevalencia de los ataques de pánico es muy significativa, tanto en el curso de otro trastorno, como en el trastorno por pánico en sí mismo.

La psicoterapia de los trastornos de ansiedad cobra un lugar fundamental en el campo de la formación de los profesionales de la salud mental, actualmente los modelos cognitivo-conductuales muestran gran cantidad de evidencia empírica que avalan los buenos resultados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y por esa razón son considerados de primera elección.

En el caso de la fobia específica las técnicas conductuales basadas principalmente en la exposición se muestran como las más exitosas, acompañando esto con trabajos cognitivos de modificación de creencias. En el caso de la fobia social, el trabajo sobre la autoevaluación cobra un lugar central en el tratamiento, conjuntamente con las técnicas de exposición y manejo de la ansiedad.

2. Objetivos

Se espera que al finalizar el curso los profesionales:

- ✓ Conozcan la clínica de los Trastornos de Ansiedad: Ataque de Pánico, Fobia y Fobia Social.

- ✓ Sepan las bases de la Psicoterapia Cognitiva Conductual para los Trastornos de Pánico, Fobia y Fobia Social.
- ✓ Puedan establecer un adecuado plan de trabajo para estos trastornos.
- ✓ Tengan las habilidades necesarias para conducir un tratamiento en los cuadros vistos.
- ✓ Puedan evaluar los resultados del tratamiento utilizando medidas objetivas.
- ✓ Cuenten con elementos para realizar una buena psicoeducación.

3. Plan didáctico

Metodología: Se trabajará fundamentalmente con exposiciones teóricas y ejercicios prácticos.

Evaluación: Será mediante un múltiple choice y el desarrollo de un plan de tratamiento a partir de una viñeta clínica.

4. Programa sintético

Unidad 1: La ansiedad y sus trastornos

Unidad 2: Clínica y tratamiento del Ataque de Pánico

Unidad 3: Clínica y tratamiento de la Fobia

Unidad 4: Clínica y tratamiento de la Fobia Social

5. Programa analítico

Unidad 1: La ansiedad y sus trastornos

Modelos sobre la ansiedad. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales de la ansiedad. Estrés y procesos cognitivos. Evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación. Factores personales y situacionales que influyen en la evaluación. Vulnerabilidad. Los trastornos de ansiedad.

Unidad 2: Clínica y tratamiento del Ataque de Pánico

Clínica del Ataque de Pánico. Neurofisiología y evaluación del Pánico. Diagnósticos diferenciales. Entrevistas estructuradas. La ansiedad anticipatoria. Deterioro, severidad y mejoría global. Comorbilidades. Respuestas al tratamiento,

remisión, recuperación, recaída y recurrencia. Psicoeducación y Autoayuda. El tratamiento cognitivo conductual del pánico.

Unidad 3: Clínica y tratamiento de la Fobia

Clínica de las fobias específicas. Fundamentos teóricos del tratamiento basado en la exposición. Psicoeducación. Psicoterapia cognitivo-conductual para las fobias específicas. Desensibilización sistemática y otras técnicas de exposición. Relajación y respiración. Reestructuración cognitiva.

Unidad 3: Clínica y tratamiento de la Fobia Social

Clínica de la Fobia Social. Diagnósticos diferenciales. Comorbilidades. Evaluación de la Fobia Social. El miedo a la evaluación negativa como predictor de éxito terapéutico. Psicoeducación. Modalidad de psicoterapia grupal e individual. Exposición y reestructuración cognitiva. Situaciones temidas. Habilidades Sociales. Rol Playing, modelado y técnicas activas. Tratamiento cognitivo y conductual para la Fobia Social.

6. Cronograma

El criterio del dictado de la materia será flexible para adaptarse al ritmo particular de cada grupo. El cronograma aproximado es el siguiente:

Clase n° 1: Unidad 1: La ansiedad y sus trastornos.

Clases n° 2: Unidad 2: Clínica y tratamiento del Ataque de Pánico

Clases n° 3: Unidad 3: Clínica y tratamiento de la Fobia

Clases n° 4: Unidad 4: Clínica y tratamiento de la Fobia Social

7. Bibliografía

Bibliografía específica:

Este listado de textos está organizado por capítulos para facilitar la organización del estudio, para cada unidad se indica la bibliografía correspondiente, especificándose el capítulo o apartado. En algunos casos un mismo texto es utilizado para varias unidades.

Unidad 1: La ansiedad y sus trastornos

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona. Capítulo 2: Procesos de evaluación cognitiva, Capítulo 3: Factores personales que influyen en la evaluación y Capítulo 4: Factores situacionales que ejercen influencia sobre la evaluación.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Polemos. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Capítulo 1: Introducción a la Ansiedad.

Unidad 2: Clínica y tratamiento del Ataque de Pánico

- Ballester, R. y Botella, C. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Martínez Roca. Barcelona. Capítulo 1: El trastorno de pánico, Capítulo 2: Evaluación del trastorno de pánico, Capítulo 4: El componente educativo del tratamiento, Capítulo 5: La discusión cognitiva de los pensamientos catastróficos, Capítulo 6: La hiperventilación y el entrenamiento en respiración lenta y Capítulo 7: El entrenamiento en técnicas de distracción.

Unidad 3: Clínica y tratamiento de la Fobia

- Anthony, M. y Barlow, D. (1997). *Fobia específica*. En Caballo, V.: (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI. Madrid.

Unidad 4: Clínica y tratamiento de la Fobia

- Bados López, A. (1998). *Fobia Social*. Editorial Síntesis. Madrid. Tratamiento I: Guía para el terapeuta.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiña, C. (2003). *Fobia Social*. Paidós. Madrid. Capítulo 3: Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social.

Bibliografía general:

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. Author. Washington DC.
- Bados López, A. (1998). *Fobia Social*. Editorial Síntesis. Madrid.

- Ballester, R. y Botella, C. (1995). *Eficacia diferencial del componente terapéutico cognitivo para el trastorno de pánico: análisis experimental de un caso*. Análisis y modificación de conducta. Vol. 21 (77).
- Ballester, R. y Botella, C. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Martínez Roca. Barcelona.
- Barbera, E. y Población Knappe, P. (1997). *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Paidós. Barcelona.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiña, C. (2003). *Fobia Social*. Paidós. Madrid.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI. Madrid.
- Cía, A. (2004). *Trastorno de ansiedad social. Manual diagnóstico y terapéutico*. Editorial Polemos. Buenos Aires.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Polemos. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires.
- Foa, E. y Kozak, M. (1986). *Emotional processing of fear: exposure to corrective information*. Psychological Bulletin. N° 99. Pp. 20-35.
- Golfried, M. (1996). *De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Golfried, M. y Davison, G. (1969). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Paidós. Buenos Aires.
- Kelly, J. (2000). *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Desclée de Brouwer.
- Labrador F. y Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide. Madrid.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona.
- Navarro, J. (2000). *Bases biológicas de las psicopatologías*. Ediciones pirámide. Madrid.
- Olatunji, B. y otros. (2007). *Examination of the decline in fear and disgust uring exposure to threat-relevant stimuli in blood–injection–injury phobia*. Journal of Anxiety Disorders. N° 21 Pp. 445–455.
- Orejudo, S. y Forjan, M. (1996). *Tratamiento de una fobia a conducir*. Análisis y modificación de conducta. Vol. 22 (84).

- Plehn, K. (2002). *Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study*. Journal of anxiety disorders. Vol. 16. Pp. 455-74.
- Salaberría, K. y Echaburúa, E. (1996). *Variables predictoras de abandonos y fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social*. Análisis y modificación de conducta. Vol. 21 (77).
- Yujuan, Ch. (2007). *Treatment of Specific Phobias in Adults*. Clinical Psychology Review. N° 27. Pp. 266–286.

Richard S. Lazarus
Susan Folkman

Estrés y procesos cognitivos

PSICOLOGIA
COGNITIVA

CAP. 2, 3 y 4

Capítulo 2

Procesos de evaluación cognitiva

Cuando Lazarus hizo la primera exposición completa de su teoría sobre estrés psicológico (1966), la corriente psicológica principal del momento se hallaba todavía a cierta distancia de lo que se llamaría más tarde «la revolución cognitiva» (Dember, 1974). El punto de vista dominante era el positivismo y como éste considera los procesos mediadores con cierta suspicacia, se hizo necesario insistir en la razón por la que el concepto de evaluación era esencial en una teoría sobre estrés psicológico y afrontamiento. Aunque hoy en día tal necesidad sea menos apremiante, todavía es importante revisar la cuestión con cierto detalle. Empezaremos a tratar el tema de la evaluación con una discusión sobre el mismo para pasar más tarde a examinar algunos de los datos más relevantes al respecto. Por último, consideraremos aquellos problemas que se asocian a un planteamiento fenomenológico y concluiremos con una discusión sobre el concepto de vulnerabilidad, concepto conectado de forma importante con el de evaluación cognitiva.

¿Por qué es necesario un concepto de evaluación?

Aunque ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, *las diferencias individuales y de grupo*, en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifestas. Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos.

Por ejemplo, ante situaciones similares encontramos respuestas de cólera, depresión, ansiedad o culpabilidad, incluso algunos individuos ante la misma situación pueden sentirse provocados en lugar de amenazados. Del mismo modo, ante un proceso terminal, el individuo suele

negarse a afrontar el hecho de una muerte inminente, sin embargo puede también desarrollar ansiedad al considerar el problema una y otra vez o bien deprimirse por tal situación. Ante un insulto, un individuo reacciona ignorándolo y otro encolerizándose y planeando venganza. Incluso en las situaciones más adversas y abrumadoras, como pueden ser los campos de concentración nazi, los sujetos diferían en cuanto a sentirse amenazados, angustiados y distorsionados; sus modelos de afrontamiento diferían del mismo modo (Benner, Roskies y Lazarus, 1980). Para poder entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares, debemos tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación, de lo contrario nunca podremos entender el porqué de tales diferencias.

Como era de esperar, existe un contraargumento positivista al respecto, según el cual las diferencias en los individuos son debidas a que el entorno humano es siempre diferente; por tanto, las variaciones individuales en la respuesta no son debidas necesariamente a las características personales del sujeto. Por ejemplo, Strack y Coyne (1983) y Coyne y Gotlib (1983) han observado que las depresiones afectivas no son del todo explicables por la tendencia del individuo a realizar cognitivamente suposiciones falsas sobre sí mismo y a distorsionar la realidad; en alguna medida lo que hace es responder de forma precisa a su entorno social. Por ejemplo, los deprimidos generan en los demás sentimiento de angustia, por tanto se están convirtiendo ellos mismos en aversivos, con lo cual su percepción de que son rechazados es correcta. Más aún, un considerable número de depresivos lo que hacen es responder ante pérdidas reales en su vida. Estamos de acuerdo en que parte de las diferencias individuales observadas son resultado de las diferencias en el entorno, pero esa es sólo una parte de la cuestión. De acuerdo con los argumentos de Lewin (1936) y de otros, sostenemos que lo que realmente importa es la «situación psicológica», resultado de la interacción entre el entorno y los factores del individuo.

Una segunda razón necesaria para poder entender el proceso de evaluación es el hecho de que, para poder sobrevivir, el hombre necesita distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas. Tal distinción suele ser sutil, compleja y abstracta y depende de un sistema cognitivo eficiente y de una gran versatilidad, posibles ambos por la evolución de un cerebro que es capaz de realizar actividad simbólica y que se enriquece con todo lo aprendido sobre el mundo y nosotros mismos a través de nuestras experiencias.

No nos sorprende que las plantas hayan desarrollado unos mecanismos complejos de discriminación de proteínas esenciales o que los animales hayan ideado mecanismos para distinguir los depredadores peligrosos a sus respectivas especies (p. e., Tinbergen, 1951). Entonces ¿por qué había de sorprendernos que una especie tan evolucionada neurolo-

gicamente como el *Homo sapiens* haya desarrollado un conjunto de procesos cognitivos altamente simbólicos para distinguir entre experiencias que le dañan, amenazan, retan o nutren? Efectivamente, una adaptación correcta y el sentido humano de bienestar soportan la capacidad de realizar tales percepciones evaluadoras.

Por consiguiente, en el hombre, y en menor grado, en los demás primates y mamíferos, procesos de evaluación cognitiva de determinadas características median en sus reacciones siendo por tanto esencial su consideración al intentar entender adecuadamente sus reacciones psicológicas. La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

La idea de que la respuesta emocional y conductual desarrollada por un sujeto ante un acontecimiento depende de la forma en que lo *analice*, goza de una larga tradición en el pensamiento occidental. Hace unos dos mil años, el filósofo estoico Epicteto (en el *Enquiridión*, 1979) afirmó que «El hombre no se ve distorsionado por los acontecimientos sino por la visión que tiene de ellos» (p. 19). El mismo concepto fue expresado de forma más elocuente por Shakespeare en *Hamlet*, «No hay nada bueno ni malo en sí mismo, es nuestro pensamiento quien lo transforma» (acto II, escena 2, verso 259). Quizá lo único nuevo sea el tenaz empeño de la psicología conductista en demostrar durante, aproximadamente, los últimos 15 años la inutilidad e incluso la falta de credibilidad científica que tiene el hecho de estudiar lo que ocurre en el interior de la mente (véase Bolles, 1974).

En psicología existe también una larga tradición que subraya la importancia del significado subjetivo de cada situación. Por ejemplo, Murray (1938) distinguió entre las propiedades de los elementos del entorno determinadas por una observación objetiva y el significado de tales objetos cuando son percibidos o interpretados por el individuo. También al respecto, Lewin (1936) escribió:

Incluso cuando desde el punto de vista físico el entorno es idéntico o casi idéntico para un niño o para un adulto, la situación psicológica puede ser fundamentalmente diferente [...] la situación debe representarse en la forma en que es «real» para el individuo en cuestión, es decir, en la forma en que le afecta (pp. 24-25).

Muchos otros teóricos e investigadores actuales en el campo psicológico podrían añadirse a la lista de los suscritos a esta postura (p. e. Bowers 1973; Endler y Magnusson, 1976; Magnusson y Endler, 1977; Mischel, 1973; Murphy, 1966; Pervin y Lewis, 1978; Rotter, 1954, 1975; Sarason, 1977; véase también muchos de los escritos de Krohne y Laux, 1982, entre otros). Todos estos autores sostienen que las situaciones deben considerarse en base a su significado para el individuo. Esta cuestión la encontramos también en sociología, sobre todo entre los in-

teraccionistas simbólicos (cf. Jessor, 1979). Ekehammar (1974) resume las implicaciones de esta posición como sigue:

... el individuo está en función de la situación, pero también y más importante es que [...] la situación está en función del individuo a través de a) la construcción cognitiva que éste haga de ella y b) la selección activa y modificación que lleve a cabo (p. 1035).

El lugar de la evaluación cognitiva en la teoría del estrés

Muchos antiguos autores en el tema del estrés psicológico (p. e., Barber y Coules, 1959; Firts y Mathewson, 1957; Janis, 1951; Shannon e Isbell, 1963; Wallace, 1956; Withey, 1962) utilizaron va el concepto de evaluación, aunque la mayoría de manera informal y no sistemática, o bien por implicación. Queda manifestado de forma directa en la obra de Grinker y Spiegel (1945), quien escribe: «la evaluación de la situación requiere una actividad mental en la que se incluye el proceso de enjuiciamiento, discriminación y elección basados en la experiencia pasada» (p. 122, las itálicas no figuran en el texto original).

Arnold (1960, 1970) fue la primera que intentó tratar el concepto de forma sistemática. Considera la evaluación como el determinante cognitivo de la emoción, describiéndola como un proceso rápido e intuitivo que ocurre de forma automática y que se diferencia del pensamiento reflexivo, más lento y más abstracto. Escribe lo siguiente:

La evaluación es inmediata e indeliberada. Si vemos que alguien nos apunta a un ojo con su dedo, evitamos la amenaza instantáneamente, aun cuando sepamos que no intenta hacernos daño o ni tan siquiera llegar a tocarnos. Antes de poder hacer una respuesta inmediata como la descrita, hemos tenido que valorar que el dedo que nos señalaba podía lesionarnos. Como el movimiento es inmediato, indeliberado o incluso contrario a nuestro conocimiento, la evaluación del posible daño ha de ser igualmente inmediata (1960, p. 172). *micro-mundo físico*

Aunque estamos de acuerdo en que la evaluación determina la emoción y que la respuesta emocional puede ser inmediata, sobre todo ante estímulos auditivos o visuales intensos, o incluso a señales más sutiles o abstractas como pueden ser las expresiones del rostro, hacemos mucho más hincapié en la compleja actividad cognitiva relacionada con los significados.

Por ejemplo, una señal de incendio es un estímulo auditivo intenso que acciona un *arousal* automático e intenso (el del miedo). Sin embargo, al oír una señal de fuego en un edificio, a no ser que estemos presos del pánico; probablemente consideraremos lo real de la percepción de peligro: si disponemos de tiempo, localizaremos el peligro, nos aseguraremos de su intensidad y, sobre todo, consideraremos cómo podemos vencerlo. Nueva información y pensamientos elaborados modificarán

retroactivamente la evaluación inicial de amenaza, aumentándola o disminuyéndola, en función de la evaluación posterior de lo que está ocurriendo y de lo que podemos hacer al respecto. En resumen, el instante primero de miedo experimentado al oír una señal de alarma inicia toda una cadena de actividad cognitiva, parte de la cual se prolongará en cuanto al tiempo y en la que se incluyen pensamientos complejos, acciones y reacciones que harán posible respuestas adaptativas magníficamente armonizadas e incluso sucesivas.

Una evaluación inmediata e intuitiva, tal como la describe Arnold, no significa que al principio no exista una actividad cognitiva alta. Por ejemplo, en el trabajo de Mechanic (1978 b) sobre un grupo de estudiantes que preparaban exámenes de doctorado, se describen las reacciones de un alumno ante las palabras de su profesor. La situación se desarrolla mientras los exámenes están siendo corregidos:

«Supongo que me hallaba muy preocupado por mi nota de estadística mientras estaba realizando un trabajo sobre el tema para el Doctor X, cuando me quedé atascado en una cuestión. Éste dijo: «Trabaja en ello y mira lo que puedes hacer, y si encuentras una solución te subiré dos puntos la nota de estadística». Inmediatamente empecé a pensar. ¿Qué sabe sobre mi nota? ¿Realmente necesito esos dos puntos? Más tarde, le expliqué lo que había pensado y me dijo que había sido sólo una forma de hablar y que realmente no había oído nada sobre mis notas» (p. 168; la cursiva no figura en el texto original).

El alumno se sintió de inmediato amenazado, y sus pensamientos al respecto ocurrieron de forma tan rápida que pueden considerarse virtualmente instantáneos. Sin embargo, tales pensamientos fueron fruto de un alto funcionamiento cortical y no pueden ser equiparados al tipo de respuesta «lucha o huida», filogeneúticamente más primitiva, o al proceso intuitivo con base sensorial al que se refiere Arnold.

Aunque Janis y Mann (1977) no describen su modelo de conflicto y decisión en términos de evaluación, en realidad se halla muy relacionado con el proceso. Estos autores formulan cuatro preguntas sobre consecuencias, recursos, e inminencia y en base a las respuestas emitidas a tales preguntas, determinan la calidad de la información que se precisa y la decisión que hay que tomar: «¿Corro un riesgo importante si no introduzco un cambio? ¿Son importantes los riesgos si no lo hago? ¿Es una postura realista esperar a encontrar una solución mejor? ¿Tengo tiempo suficiente para pensar y deliberar?» (p. 70). Todas estas cuestiones relacionadas con la evaluación, conforman la valoración del individuo de los acontecimientos y sus posteriores decisiones al respecto (enfrentamiento).

El modelo de Janis y Mann (1977) es un perfecto ejemplo de teoría basada en la evaluación, pero difiere de la nuestra en numerosos aspectos. Por ejemplo, nuestro centro de interés es más amplio. Mientras que Janis y Mann se interesan por la selección de una trayectoria de acción, a

nosotros nos interesa cualquier acontecimiento en el cual el individuo sienta que sus recursos adaptativos se hallan amenazados o desbordados. Igualmente, Janis y Mann consideran generalmente primariamente la emoción como una interferencia entre los procesos de búsqueda de información y los de toma de decisión; nosotros consideramos la emoción no sólo desde el punto de vista de su efecto sobre los procesos de información, sino que también tenemos en cuenta que es modelada armónicamente por tal información (véase el capítulo 9). Hemos citado este importante trabajo principalmente para resaltar formulaciones paralelas relacionadas con el estrés y que dependen de procesos cognitivos mediadores tales como el de evaluación.

A pesar de la evidencia clara del interés por la evaluación cognitiva, hasta hace muy poco las investigaciones realizadas sobre estrés han seguido modelos teóricos no cognitivos como el de reforzamiento del *drive* del *arousal* o de la activación. Dado que estos modelos han dominado en gran medida las investigaciones sobre el tema, pensamos que puede ser de utilidad revisarlos brevemente para poner de manifiesto las diferencias que hay entre cada uno, así como entre todos y el modelo cognitivo que nosotros defendemos.

En el modelo de reforzamiento del *drive*, el estrés es considerado de forma típica como un estado de desequilibrio, una «perturbación del organismo». Esta perspectiva deriva del hecho de considerar que, para sobrevivir, todo animal debe aprender a actuar de forma adaptativa para así reducir las pérdidas de sus tejidos (p. e., Dollard y Miller, 1950; Miller, 1948, 1959, 1980), o para liberar su carga instintiva (Freud, 1953, 1955). Los impulsos no descargados, o sólo parcialmente liberados, derivan en tensión o *drive state*. Incluso los *drives* secundarios o aprendidos, como los comportamientos sociales de adopción o éxito, fueron incluidos primero en el grupo de los relacionados con el estado de los tejidos a través de la reducción de la tensión acumulada.

Un animal con tensiones no resueltas era también un animal fisiológicamente *activado* (*aroused*). Hace entre cuarenta y cincuenta años, el concepto de *arousal* fue utilizado como sinónimo de emoción: es decir, la emoción se equiparó al concepto de *arousal* o activación y se redujo a una estructura simple y unidimensional con manifestaciones conductuales y fisiológicas (cf. Brown y Farber, 1951; Duffy, 1962; Malmö, 1959). Según sabemos, la emoción se describió como un concepto psicológico que no guarda relación con las condiciones anteriores y posteriores que la definen. Este punto de vista es también análogo al concepto fisiológico de equilibrio y de ruptura del equilibrio y concuerda con el Síndrome General de Adaptación de Selye (véase capítulo 7); en todos ellos se ignoran las diferencias cualitativas de las emociones y los factores sociales y psicológicos que las generan.

El concepto de *drive* y el correspondiente modelo de reducción de la tensión han perdido prestigio por las evidencias aportadas por distintas

corrientes de que la teoría general del *arousal* es equivocada o que por lo menos ha sido exagerada. Los estudios en los que han sido medidas de forma simultánea más de una reacción autonómica del sistema nervioso han presentado correlaciones muy bajas (p. ej., Lazarus, Sepisman, Mordoff y Davison, 1962); este resultado contradice el concepto de un estado generalizado de *arousal* según el cual cuando aparece un indicador fisiológico los demás aparecen también en armonía con éste.

Realmente, y tal como demostró Lacey (1967), cuando se eleva el indicador de la conductancia de la piel, el de la tasa cardíaca o de la presión sanguínea normalmente no se elevan. La impresionante labor de investigación de Lacey sobre la especificidad de las reacciones automáticas de respuesta a distintos estímulos estresantes debilitó la credibilidad hacia el concepto de activación general. Los trabajos de Engel (1960), Engel y Bickford (1961) y otros, demostraron también la especificidad del estímulo y Shapiro, Tursky y Schwartz (1970) realizaron otra efectiva demostración de tal especificidad probando que la tasa cardíaca podía elevarse mientras la presión de la sangre descendía y viceversa, como resultado de una acción retroactiva de la información. Recientemente Ekman, Levenson y Friesen (1983) han demostrado la actividad del sistema nervioso autónomo en relación con sus respuestas emocionales específicas de dos modos: primero, controlando formas musculares específicas en los sujetos y formando con ello prototipos faciales de emoción y, segundo, haciendo que los sujetos revivan sus experiencias emocionales pasadas; con ello no sólo pudieron distinguir entre emociones positivas y negativas sino que también pudieron hallar diferencias dentro de la categoría de emociones negativas. Este estudio ha proporcionado uno de los soportes empíricos más importantes a la idea de que la actividad del sistema nervioso autónomo en cuanto a respuesta emocional es indiferenciada.

El trabajo de Mason (1974; Mason *et al.*, 1976) también ha apoyado el hecho de que la respuesta hormonal varía de acuerdo con la agresión física sufrida: el calor, el frío, las prisas y el ejercicio, crean cada uno un modelo distinto de respuesta hormonal. Mason afirma que un amplio espectro de hormonas y de sistemas endocrinos incluidos el eje hipófisis-gónadas, la hormona del crecimiento y los sistemas que regulan la excreción y el metabolismo de la insulina, junto con los demás sistemas comúnmente más estudiados, hipófisis-adrenocortical y simpático-adrenal, responden de forma selectiva a los diversos procesos psicológicos. Mason (1975) escribe:

Parece [...] que el estado hormonal final es resultado de un equilibrio entre fuerzas opuestas y cooperativas que puede predecirse cada vez con mayor precisión, así como los múltiples factores que intervienen, incluidos los estados afectivos, la organización defensiva, el rol social desempeñado por el sujeto y las experiencias pasadas o factores evolutivos y actividades actuales; todo ello puede evaluarse desde una perspectiva psicodinámica aplicada de forma individual a cada sujeto.

Las investigaciones psicofisiológicas más recientes continúan apoyando la idea de que la respuesta hormonal ante condiciones estresantes y estimuladoras es específica. Por ejemplo, Natelson, Krasnegor y Holaday (1976), a partir del estudio de la conducta de evitación en un grupo de monos, demostraron que las medidas de parámetros de conducta y del cortisol plasmático convergían o divergían según el momento del experimento en el que fueran medidas. Las descargas eléctricas recibidas por los animales al principio de la sesión fueron muchas, dado que el aprendizaje en ese momento era todavía escaso, y las puntuaciones registradas para la medida de *arousal* y la secreción de cortisol, elevadas; más adelante, en la misma sesión, las puntuaciones de los parámetros de conducta permanecían altas, pero la secreción de cortisol ya había descendido, manteniéndose baja según la habilidad del mono para evitar la descarga. Los autores sugieren que los cambios registrados en la secreción de cortisol se deben a que el animal logra controlar el impacto producido por la descarga por lo que «los esteroides tienen en general poca utilidad como índice neuroendocrino de *arousal*» (p. 968).

De forma similar, Frankenhaeuser y sus colaboradores (1978) observaron diferencias importantes entre ambos sexos en la secreción de hormonas adrenocorticales y adrenomedulares emitida por un grupo de estudiantes como respuesta al hecho de tener que realizar un examen importante a pesar de haber recibido todos la misma preparación. Los autores lo interpretaron así: «el coste fisiológico invertido en afrontar la situación parece haber sido más bajo en las hembras que en los varones» (p. 341). Frankenhaeuser (1980) observa más tarde que «las tareas que significan un reto, pero que son controlables, pueden representar un esfuerzo pero no generan distorsión. A nivel fisiológico esto significa que la secreción de catecolaminas aumentará mientras que la secreción de cortisol puede resultar suprimida de forma activa» (pp. 207-208). Si el afrontamiento es un factor principal en la modelación de respuesta fisiológica, como sugieren otros estudios de Frankenhaeuser y sus colaboradores (véase Frankenhaeuser, 1979, 1982, 1983), el concepto unidimensional de *arousal* debe dejar paso a otro nuevo según el cual condiciones o procesos psicológicos distintos afectarán el modelo de respuesta fisiológica de forma también distinta. Los hallazgos anteriores no apoyan la teoría de reforzamiento del *drive* o activación; hacen que cualquier teoría psicofisiológica sobre estrés o emoción que contemple la respuesta emitida como un desequilibrio unidimensional o *arousal* resulta insostenible o, por lo menos aparezca, como altamente limitada. La cuestión también resulta complicada por el hecho de que aquello que se considera como el nivel óptimo de *arousal* es variable (véase también la ley de Yerkes-Dodson, 1908; y Janis, 1974). Por ejemplo, Zuckerman (1979) afirma que algunas personas enferman para aumentar mediante la sensación de enfermar su nivel de activación, no para disminuirlo. Los investigadores y demás estudiosos del tema están

obligados a buscar *modelos* específicos de respuesta fisiológica y si lo que pretenden luego es entenderlos, deben analizar los estados específicos cognitivo-emocionales que se asocian a esos diversos modelos. Cuando se distingue entre miedo, ansiedad, mal humor, culpa, vergüenza, envidia, celos, tristeza, alegría, felicidad, regocijo, es decir, entre todas aquellas emociones distintas que se consideran parte del repertorio humano, las posibilidades en cuanto a medición se hacen sumamente complejas. Volveremos a tratar este punto en el capítulo 9 cuando revisemos las teorías cognitivas de la emoción.

Un número cada vez mayor de investigadores en el terreno psicofisiológico aceptan el papel de la valoración cognitiva como un factor importante en la aparición de estrés (con toda su importancia por las diferencias individuales de significado) aunque tal conocimiento y aceptación no signifique la utilización de un enfoque cognitivo-fenomenológico a la hora de interpretar los datos experimentales. Un buen ejemplo de ello nos lo proporcionan Levine, Weinberg y Ursin (1978) cuando escriben:

Antes de pasar a alguna discusión sobre afrontamiento, parece necesario revisar las teorías sobre estrés que prevalecen en la literatura médica y psicológica actual, donde éste se define todavía de acuerdo con las primeras teorías de Selye (1956). Creemos que gran parte de la controversia que existe sobre el tema se eliminaría si clarificáramos la «trayectoria aferente», es decir, si incidieramos en la naturaleza del estímulo que provoca las respuestas fisiológicas en lugar de hacerlo de forma primaria sobre las respuestas en sí mismas. Esto requiere una integración hasta ahora inusual entre la fisiología y la psicología, disciplinas que han tendido de forma tradicional a estar separadas, así como a dirigir la atención hacia las variables psicológicas. Sin embargo, y aun cuando aceptemos la hipótesis de que los factores psicológicos son los estímulos predominantes de la respuesta, creemos que, de hecho, también hay mecanismos psicológicos complicados que juegan un papel determinando si un individuo responde o no ante una situación específica. Parece ser que no es sólo el estímulo o el entorno físico *per se* los que determinan la respuesta fisiológica, sino la evaluación que hace el individuo de tales estímulos. Esto puede considerarse como un filtro o como un mecanismo de discriminación. Así, si el organismo evalúa la situación como amenazadora e incierta, entrará en un estado en el que el nivel de activación será permanentemente alto. Sin embargo, si por el contrario, la evalúa como segura y se siente capaz de dominarla, la respuesta fisiológica disminuirá o desaparecerá por completo, aun cuando la situación haya sido en sí misma extremadamente peligrosa (p. 6).

Esta afirmación hecha por Levine y sus colaboradores (1978) trata la cuestión del estrés psicológico en términos de mediación cognitiva y permite a los investigadores cuestionarse los conceptos unidimensionales de estrés, tales como el concepto de *arousal* o activación. Por otro lado, si examinamos el trabajo de Levine sobre estrés, afrontamiento y control vemos que todo lo dicho aquí es un servicio prestado de forma más bien hipócrita, no basado en una convicción real; un reticente y cauteloso movimiento hacia el neoconductismo. Los modelos de experimentación se basan todos en animales y en pruebas de laboratorio, por

tanto no se hace ningún esfuerzo directo dirigido a examinar los procesos cognitivos o a considerar las complejas formas de afrontamiento y las variables sociales y simbólicas que son fundamentales en la adaptación humana. Incluso lo anterior refleja la creciente consciencia sobre la importancia de lo que hemos estado subrayando en nuestras teorías, aun cuando esto no siempre se vea confirmado por la práctica experimental.

Formas básicas de evaluación cognitiva

El concepto de evaluación cognitiva resulta fácil de entender si ésta es considerada como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. No es un tratamiento de información *per se* en el sentido utilizado por Madler (1975), Erdelyi (1974) y otros, aunque participe en tal proceso, sino que es más bien algo evaluativo, que hace referencia a las repercusiones y consecuencias, y que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia.

En todas las consideraciones anteriores de la teoría de la evaluación, hemos hecho una distinción básica entre evaluación primaria y evaluación secundaria, diferenciando con ello los dos aspectos valorativos básicos de la evaluación, a saber: «¿me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro, y de qué forma?» y «¿Puede hacerse algo al respecto?». La elección de los términos «primario» y «secundario» no es acertada por dos razones; primera, estos términos sugieren de forma errónea que una evaluación es más importante que otra (primaria) o que una precede a la otra y, sin embargo, no se pretende con esta denominación ninguna de las dos implicaciones. Segundo, los términos no dan idea del contenido de cada una de las formas de evaluación. Es difícil cambiar la terminología cuando ésta se utiliza ya de forma habitual en la literatura, por lo que pensamos que es mejor no intentar sustituir los términos «primario» y «secundario» por otros connotativamente más exactos.

Evaluación primaria

Podemos distinguir tres clases de evaluación primaria: 1) irrelevante, 2) benigna-positiva y 3) estresante. Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría irrelevante. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias o, dicho con otras palabras, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la transformación.

Los psicólogos que trabajan en el tema del reflejo de orientación reconocen que un animal responde a cualquier estímulo con la reacción «¿qué es esto?», pero que si se habitúa a él mediante repetidas expo-

siciones. Llegará un momento en el que va no emitirá respuesta. Esta es una noción similar a la que entendemos por irrelevante. Si hacemos un ruido delante de un perro con los ojos cerrados, éste reaccionará automáticamente abriéndolos, pero si el perro descubre que tras el ruido no sucede nada importante, la respuesta acabará por extinguirse. Para los humanos tiene gran importancia adaptativa distinguir entre señales relevantes e irrelevantes, de modo que solamente se produzca la acción cuando tales señales representen algo deseable o necesario. Aunque las evaluaciones de lo irrelevante no son de un gran interés adaptativo por sí mismas, si lo son los procesos cognitivos necesarios para tal catalogación de un acontecimiento.

Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras tales como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad. Sin embargo, las evaluaciones totalmente benigno-positivas, sin cierto grado de aprensión, son raras. Así, por ejemplo, aquellas personas en las que existe siempre la certeza de que los estados ideales no duran o aquellas que piensan que sentirse bien tiene siempre un precio, pueden sentirse culpables o ansiosos ante tales evaluaciones. Estos ejemplos son un avance del hecho de que las valoraciones pueden ser complejas y mixtas siempre en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolle la situación.

Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que significan daño, pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido a algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. Aun cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo. Los pacientes con quemaduras graves estudiados por Hamburg, Hamburg y De Goza (1953) y las víctimas de la polio estudiadas por Visotsky, Hamburg, Goss y Lebovits (1961), no sólo se hallaban gravemente incapacitados para el presente, sino que también tenían que hacer frente a muchas amenazas relacionadas con su actividad futura. La importancia adaptativa primaria de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo. En la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que espera encontrar.

La tercera clase de evaluación del estrés, el desafío, tiene mucho en

común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia principal entre los dos es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas tales como miedo, ansiedad y mal humor.

La amenaza y el desafío no son excluyentes entre sí; por ejemplo, la promoción en el trabajo es susceptible de ser evaluada como una forma de aumentar el potencial de conocimientos, habilidades, responsabilidad, reconocimiento social y remuneración económica. Igualmente, entraña el riesgo de que el individuo se vea desbordado por las nuevas demandas y que el aprendizaje no sea el esperado, por tanto, tal situación puede verse como un desafío y como una amenaza. Aunque las evaluaciones de amenaza y de desafío difieren entre sí por sus componentes cognitivos (la valoración del daño o pérdida potencial *versus* el dominio o la ganancia) y afectivo (las emociones negativas *versus* las positivas), pueden ocurrir de forma simultánea. Por ejemplo, como parte de un estudio sobre estrés (Folkman y Lazarus, en preparación), se pidió a un grupo de estudiantes que indicaran hasta qué punto experimentaban un número determinado de emociones amenazantes como miedo, preocupación y ansiedad y de emociones desafiantes como esperanza, dominio y confianza, dos días antes de un examen parcial. El noventa y cuatro por ciento de los estudiantes manifestaron tener ambos tipos de emociones.

Queremos insistir en que no consideramos la amenaza y el desafío como los dos sentidos opuestos de una misma dirección, sino que, como hemos manifestado antes, ambas evaluaciones pueden coexistir y deben considerarse por separado aunque estén relacionadas. Mas aun, la relación entre las evaluaciones de amenaza y de desafío pueden cambiar a lo largo de una misma situación; ésta puede evaluarse en principio como más amenazante que desafiante, para pasar luego a considerarse a la inversa, como resultado de los esfuerzos cognitivos de afrontamiento, los cuales hacen que el individuo considere el acontecimiento desde un punto de vista más positivo (véase el capítulo 6) o bien debido a cambios en el entorno que alteren la relación individuo-medio en el sentido de mejorarla.

El desafío, como opuesto a la amenaza, tiene importantes implicaciones en el proceso de adaptación. Por ejemplo, las personas para las que los acontecimientos significan un reto, disponen seguramente de ventajas en moral, calidad de funcionamiento y salud del organismo, sobre aquellas otras que se sienten fácilmente amenazadas. Las primeras tienen, con mayor probabilidad, buen estado de ánimo dadas las emociones positivas que el desafío les proporciona; igualmente, la calidad de su funcionamiento puede ser mejor al sentirse más confiadas emocional-

mente menos abrumadas y más capaces de desarrollar recursos adecuados que aquellas inhibidas o bloqueadas. Por último, es posible que la respuesta psicológica al estrés sea distinta en una situación y otra de modo que las enfermedades típicas de la adaptación sean menos frecuentes en las situaciones de desafío (véase también el capítulo 7).

Aunque estas especulaciones sean plausibles y coincidan con las observaciones anecdóticas, la evidencia empírica sobre el desafío (como opuesto a la amenaza) y el funcionamiento y consecuencias somáticas es escasa, debido quizás a que es reciente el interés por el tema mostrado por los investigadores de medicina conductual. Un estudio realizado por Schlegal, Wellwood, Copps, Gruchow y Sharratt (1980), proporciona algo de apoyo a la teoría básica. En él fueron comparados los síntomas y la fatiga subjetiva referida por los supervivientes a infarto de miocardio pertenecientes al patrón A y patrón B de conducta, durante un ejercicio ergométrico de bicicleta y por un periodo de dos semanas de llevar su vida cotidiana habitual. Se dividieron los sujetos en dos grupos según las puntuaciones alcanzadas con respecto a la sensación de amenaza percibida durante este periodo de tiempo. Los patrones A y B no difirieron entre sí en el ejercicio ergométrico, pero aquellos sujetos pertenecientes al primer grupo, que puntuaron más alto en el registro de amenaza, refirieron menos síntomas (p. e., respiración superficial, dolor, náuseas) que aquellos que obtuvieron una puntuación más baja; entre los sujetos del tipo B se halló una correlación positiva de síntomas. No es posible afirmar que tales hallazgos signifiquen la supresión de la sintomatología por los sujetos del patrón A, una mayor indiferencia hacia ella o, aún con menos probabilidad, diferencias funcionales (véase capítulo 5 para más detalles sobre el tema del patrón A).

Frankenhaeuser (1982, 1983) y sus colegas han proporcionado algunos hallazgos prometedores sobre modelos psicofisiológicos a corto plazo desarrollados ante la amenaza y el desafío, y Fish (1983) ha desarrollado un método que valora las evaluaciones de desafío *versus* las de amenaza y ha demostrado también que el rendimiento en aquellas situaciones estresantes en las que hay que hablar en público, es distinto al esperado. Las hipótesis sobre amenaza y desafío y sobre las consecuencias adaptativas a corto y largo plazo parecen valorarse más por los investigadores en los estudios controlados.

Evaluación secundaria

Cuando estamos en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío, es preciso actuar sobre la situación; en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse y qué llamamos evaluación secundaria. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego.

La evaluación secundaria no es un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva. Bandura (1977a, 1982) subraya la diferencia entre estas dos creencias utilizando el término *expectativa de resultados* para referirse a la valoración del individuo de que una determinada conducta logrará ciertos resultados y *expectativa de eficacia* para referirse a la convicción de éste de que es capaz de llevar a cabo con éxito tal conducta y lograr con ello los resultados deseados. Además, la evaluación de la estrategia de afrontamiento incluye valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia determinada o un grupo de ellas respecto a otras demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interactúan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional. Esta interacción puede ser muy compleja si bien nuestra comprensión de ella es todavía muy rudimentaria. Por ejemplo, en igualdad de condiciones, si el individuo se siente incapaz de enfrentarse con una demanda, el estrés que aparecerá será relativamente grande ya que el daño/pérdida no puede vencerse ni prevenirse. Si las consecuencias de una determinada confrontación son importantes para el individuo, la impotencia puede llegar a desbordarlo. Aun cuando el sujeto sienta que tiene un poder de control considerable sobre los resultados de la confrontación, puede aparecer un estrés considerable ante la incertidumbre que rodea a mucho de lo que haya en juego. Las evaluaciones de desafío aparecen con mayor frecuencia cuando el individuo tiene la sensación de control en la relación sujeto-entorno. Sin embargo, no aparecerán cuando el esfuerzo necesario para controlar tal relación no sea importante, puesto que el placer del desafío se halla en la pugna de uno mismo con algo superior.

Es necesario precisar el significado del concepto de control con respecto al de desafío. Hay muchas situaciones en las que parece haber pocas oportunidades de aumentar un valor o compromiso y/o en las que el individuo se siente suficiente, evaluándolas como situaciones de desafío, puesto que esto puede también definirse como el control de uno mismo frente a la adversidad e incluso trascenderla. Un ejemplo de ello lo constituyen las situaciones amenazantes para la propia vida, las enfermedades incapacitantes o las pérdidas severas en las que el individuo manifiesta sentirse desafiado por la tarea de mantener una buena imagen o de tolerar el dolor y el malestar sin desfallecer. Por tanto, vemos que es necesario ampliar la definición de control, tal como explicamos en el

capítulo 3 donde se habla de control sobre uno mismo, sobre las propias emociones y sobre las condiciones del entorno, para así poder entender por qué los individuos se sienten retados en situaciones totalmente estériles.

Lazarus y Launier (1978) han discutido en un artículo el tema de las estrategias de afrontamiento en la evaluación secundaria. A continuación presentamos una serie de citas que describen escenarios imaginarios relacionados entre sí, en los que existe una amenaza de rechazo tras una entrevista para conseguir un trabajo. Cada escena describe un modelo de evaluación sutilmente distinto, dándose en todos las mismas estrategias de afrontamiento y los mismos objetivos a alcanzar, factores ambos decisivos en el afrontamiento y en la respuesta emocional.

1. «Tal y como están las cosas, probablemente me rechazarán. Y este resultado no me conviene en absoluto porque no tengo otra propuesta de trabajo. Si pudiera salir bien de la entrevista me contratarían, pero no podré, y encima no tengo a nadie que me eche una mano. La situación es desesperante».
2. «Tal y como están las cosas, probablemente me rechazarán. Y este resultado no me conviene en absoluto porque no tengo otra propuesta de trabajo. Si pudiera salir bien de la entrevista me contratarían. Creo que soy capaz de ello; debo pensar en lo que necesito para parecer el candidato adecuado, ensayar y tomarme un tranquilizante dos horas antes de la entrevista para así poder controlar mis nervios».
3. «Tal y como están las cosas, probablemente me rechazarán. Y este resultado no me conviene en absoluto porque no tengo otra propuesta de trabajo. Si pudiera salir bien de la entrevista me contratarían, pero no podré. Sin embargo, tengo un amigo que conoce al jefe de personal y creo que puede echarme una mano».
4. «Tal y como están las cosas, probablemente me rechazarán. No es nada conveniente que me rechacen porque necesito un trabajo y éste me gusta. Sin embargo, existen otras salidas, así que si no me contratan, intentaré esas otras alternativas».
5. «Tal y como están las cosas, probablemente me rechazarán. Y este resultado no me conviene en absoluto porque no tengo otra propuesta de trabajo. Nunca tuve suerte en la vida (porque soy negro, judío, extranjero, feo, mujer, etc.) o por los informes que tiene la policía de mí que me colocan siempre en desventaja con los demás). Vivimos en un mundo corrompido» (pp. 306-307).

En su artículo, los autores analizan brevemente los procesos de evaluación cognitiva que se desarrollan en cada situación. Por ejemplo, en la situación número 1 la valoración afrontativa hace que aumente la sensación de amenaza (hay intereses importantes en juego) y convierte la situación en desesperante. Probablemente hay un estado depresivo de fondo que podría hacer que el individuo no se preocupe de parecer el candidato idóneo para el puesto. En el ejemplo número 2 el individuo pasa de la sensación de amenaza y de ansiedad (hay intereses importantes) a buscar motivos para confiar en recursos afrontativos y la valoración transforma la situación en desafiante. En la escena 3 la trayectoria de las emociones y la calidad de éstas parecen idénticas que en el caso 2, con la única diferencia de que el individuo confía en un amigo bien relacionado en lugar de en sus propios recursos. Esto complica algo las cosas ya que recurrir a la ayuda de otra persona amenaza determinados valores

personales. En la situación número 4 el individuo dispone de otras alternativas por lo que el interés por el puesto de trabajo es mínimo, por tanto el estrés desarrollado será también escaso. Por último, en el caso número 5 hay una exteriorización de culpa; la valoración realizada es anticipatoria de daño/pérdida y la reacción emocional desarrollada es de enfado y no de depresión como en la situación primera.

En los ejemplos anteriores y mediante asociaciones distintas, los procesos de evaluación ilustran la mediación cognitiva existente en las reacciones de estrés y en los procesos de afrontamiento. Cada clase de reacción emocional depende de un determinado proceso cognitivo evaluador. Por ejemplo, en la escena número 5 el enojo proviene del sentimiento de culpa manifestado hacia la situación, mientras en la número 1 es debido a la falta de esperanza. Es decir, podemos trasladar nuestros razonamientos sobre valoración cognitiva desde la consideración de determinadas clases de emoción, sea mal humor, depresión, ansiedad, culpa, envidia, celos, etc., hacia la de los modelos particulares de valoración que generan. Por ejemplo, una sensación de daño inminente, pero ambiguo y simbólico, produce ansiedad y la valoración de que uno ha sido rebajado injustamente produce enfado. Discutiremos esta cuestión con mayor detalle en el capítulo 9, donde expondremos planteamientos cognitivo-fenomenológicos de la emoción.

Reevaluación

El concepto de reevaluación hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial en base a la nueva información recibida del entorno (la cual puede bien eliminar la tensión del individuo o bien aumentarla) y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones de éste. Por ejemplo, el enfado manifiesto afecta a una segunda persona, pero también puede percibirse y suscitar reacciones en el propio individuo, con lo cual puede provocarse la sensación de culpa o de vergüenza o bien de rigidez, e incluso de miedo. Los procesos de evaluación cognitiva son mediadores de estas complejas transacciones bidireccionales entre el individuo y el entorno. En estos casos de retroacción, una amenaza puede reevaluarse como carente de fundamento o, por el contrario, una evaluación previamente positiva puede transformarse en otra amenazadora, creándose así toda una sucesión de emociones y evaluaciones cambiantes. Una reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla. Esencialmente, ambos procesos no difieren entre sí.

Existe otra forma de reevaluación que hemos llamado reevaluación defensiva. Aquí solo la mencionaremos de paso porque pertenece con mayor propiedad al tema del afrontamiento cognitivo. Una reevaluación defensiva consiste en cualquier esfuerzo que se haga para reinter-

pretar una situación del pasado de forma más positiva o bien para afrontar los daños y amenazas del presente mirándolos de una forma menos negativa.

En teoría, lo que distingue esta forma de reevaluación de otras es que la forma defensiva es autoinducida, proviene de la necesidad interna del individuo más que de las presiones del entorno. Empíricamente, se diferencia de las otras formas de evaluación basadas en la información en lo mismo que define clínicamente a la conducta defensiva, principalmente su compulsividad, sus contradicciones entre indicadores verbales, conductuales y somáticos medidos en distintos momentos y por las diferencias obvias entre tales evaluaciones y la realidad del medio.

Investigaciones sobre evaluación cognitiva

La mayoría de las observaciones iniciales realizadas en este campo provienen de estudios sobre la guerra, los desastres naturales y las enfermedades que amenazan la propia vida o bien incapacitan. En estas observaciones aparecían de forma implícita los conceptos de evaluación primaria y secundaria. Por ejemplo, a propósito de sus investigaciones sobre las amenazas en el combate durante la segunda guerra mundial, Grinker y Spiegel (1945) escribieron: «Las reacciones a los estímulos en combate dependen del significado otorgado a tales estímulos y de su interpretación como amenazantes o como susceptibles de ser neutralizados con los recursos propios» (p. 122). Si se desea tener una revisión completa de las primeras investigaciones de campo y en el laboratorio que demuestran el papel de los mediadores cognitivos en las reacciones de estrés, véase Lazarus (1966).

En los años 60, Lazarus y sus colegas (véase Lazarus, 1966, 1968; Lazarus, Averill y Opton, 1970, para reseñas) emprendieron un notable proyecto para estudiar los mediadores cognitivos utilizando para ello películas que, de una forma casi natural, eran capaces de generar estrés. Este estudio reflejó la tendencia de los sujetos a reaccionar con estrés al contemplar situaciones difíciles vividas por otros. En este extenso programa de investigación fueron controlados los trastornos subjetivos presentados por los sujetos así como sus respuestas autónomas (conductancia de la piel y frecuencia cardíaca) ante la contemplación de películas en las que aparecían personas mutiladas por primitivos ritos, accidentes del mismo tipo en una serrería, etc. Se utilizaron cuatro métodos distintos para proceder al estudio de los procesos de evaluación cognitiva:

1. Se manipularon las evaluaciones de los sujetos pidiéndoles que interpretaran los sucesos que aparecían en la película y los calificaran de perjudiciales y dolorosos

(mediante procesos similares a la negación) o bien que los vieran de la forma más objetiva posible (mediante una especie de distanciamiento o intelectualización del hecho). Se encontró que, influenciando la evaluación mediante bandas sonoras e informes suministrados antes de pasar la película, era posible afectar tanto los niveles de respuesta fisiológica como de respuesta subjetiva al estrés (p. e., Folkins, Lawson, Opton y Lazarus, 1968; Lazarus y Alfert, 1964; Lazarus, Opton, Nomikos y Rankin, 1965; Speisman, Lazarus, Mordkoff y Davison, 1964).

2. Se manipularon también las condiciones de las que dependen los procesos de evaluación, incluida la cantidad de tiempo que el sujeto tenía que esperar para que apareciera un estímulo anticipatorio de dolor o de daño y la incertidumbre de que tal estímulo apareciera o no y en qué momento. En estos experimentos se observó que, aun cuando la intensidad del estímulo no variara, la cantidad de tiempo que el sujeto tenía que esperar a que éste apareciera tenía un efecto importante sobre la reacción provocada. Los periodos más largos provocaban niveles de respuesta más altos dado que el sujeto tenía tiempo suficiente para pensar y reevaluar la situación (tres o cinco minutos) y mitigar considerablemente los efectos del estrés inducido (Folkins, 1970; Nomikos, Opton, Averill y Lazarus, 1968). La diferencia, portanto, se debe a lo que podían pensar los sujetos mientras esperaban, o al hecho de tener tiempo para pensar antes de recibir el daño. Las condiciones manipuladas experimentalmente influyeron sobre los procesos de evaluación y de afrontamiento, así como en los niveles de respuesta emitida.

3. También se estudió la evaluación cognitiva buscando retrospectivamente informes de lo que los sujetos pensaron y sintieron durante la experiencia estresante. Mediante estos informes fue posible identificar distintas estrategias cognitivas de afrontamiento, tales como negación o alejamiento, así como la intensidad y calidad de la distorsión sufrida. En otro estudio (Koriat, Meikman, Averill y Lazarus, 1972) se asociaron manipulaciones y valoraciones de la actividad cognitiva pidiendo a los sujetos que se esforzaran por alejarse emocionalmente de las escenas de las películas, o bien pidiéndoles que incrementaran su participación en ellas. Después se les preguntó por las estrategias empleadas tanto para identificarse con las víctimas como para deshumanizarlas.

4. Más tarde, la evaluación cognitiva se estudió como una variable dependiente de diferencias individuales en la forma de pensamiento y de afrontamiento; para ello se eligieron a los sujetos en base a su personalidad o a sus estilos cognitivos. En tales estudios (p. e., Speisman *et al.*, 1964), se intentó actuar sobre la evaluación a través de la negación o la intelectualización. El éxito de estos experimentos por reducir los niveles de respuesta de estrés varió en función de tener en cuenta o no las formas características de pensamiento del sujeto. Se vio que la manipulación orientada hacia la negación tenía mejores resultados en los sujetos que tenían ya inclinación a utilizar estos sistemas en sus tipos de evaluación, igualmente, la intelectualización fue más efectiva en aquellos individuos más intelectualizados.

Estos extensos estudios demostraron que los procesos de evaluación cognitiva afectaron (mediaron) los niveles de respuesta al estrés y sirvieron asimismo para identificar algunas de las características de personalidad y algunos factores situacionales de los que depende tal afectación (mediación). Tomados en conjunto, dejan poco lugar para dudar del importantísimo papel que juegan los procesos de evaluación cognitiva en las respuestas emitidas ante diversos estresantes.

A partir de estos estudios, se han realizado algunos otros en los que se abordan también las reacciones de estrés desde los procesos evaluativos que intervienen. Sin embargo, la mayoría de ellos presta especial aten-

ción a los determinantes de la respuesta emocional o a otros factores y pocos tratan de los determinantes de la evaluación en sí misma. En la discusión del tema en este capítulo, sólo hemos incluido los estudios en los que se ha manipulado o variado la evaluación de alguna forma y los que consideraron la evaluación como algo paralelo al afrontamiento y a las respuestas emocionales del sujeto; dejamos para los capítulos 3 y 4 las consideraciones sobre los determinantes de la evaluación. Nuestra intención aquí es englobar todas las pruebas de que las diferencias en la evaluación influyen realmente en el afrontamiento y en la emoción que se genera como consecuencia.

Geen, Stonner y Kellv (1974) ampliaron el estudio de la evaluación cognitiva considerando también la ansiedad asociada a la agresión. Pidieron a los sujetos que produjeran descargas eléctricas dolorosas para estrechar con ello su alianza con el experimentador, que permanecía callado (control) o bien manifestaba su sufrimiento. Más tarde, se pidió a cada uno que viera una película en la que aparecía un boxeador pegando brutalmente a otro. Las manipulaciones cognitivas consistieron en recordar a los individuos que la pelea era ficticia (para que se distanciaran de la situación, negando la existencia del dolor) o, por el contrario; no se les daban oportunidades para desdramatizar la situación. La película fue valorada como menos violenta por aquellos individuos que se habían distanciado, suponiendo que el boxeador no resultaba tan perjudicado y, lo que es más importante, esta estrategia de negación ayudó a disminuir la ansiedad producida por la agresión en los propios sujetos.

Toda una serie de estudios realizados por Holmes y otros investigadores (Bennett y Holmes, 1975; Bloom, Houston, Holmes y Burish, 1977; Holmes y Houston, 1974) continuaron la línea de manipular la evaluación, enjuiciándola como un proceso de redefinición de la situación; es decir, como una forma de reevaluación. Holmes y Houston amenazaron a sus sujetos experimentales con series de descargas eléctricas dolorosas utilizando de forma paralela un grupo de control en el que no se inducía la sensación de amenaza. A los sujetos experimentales se les dieron dos tipos de instrucciones: que redefiniesen la amenaza pensando que la descarga eléctrica generaría nuevas e interesantes sensaciones fisiológicas y que aislasen la amenaza permaneciendo alejados y sin implicarse en el estímulo, disminuyendo así el estrés. Los niveles de respuesta a la situación de estrés se midieron mediante control de la frecuencia del pulso, la conductancia de la piel y los informes de ansiedad facilitados por los propios sujetos. Los autores comprobaron que los individuos que utilizaron la redefinición y el aislamiento mostraron menores incrementos en los niveles de respuesta al estrés respecto del estado basal de control que aquellos otros a los que no se les dijo que utilizaran estas estrategias cognitivas de afrontamiento. Además, aunque pueda pensarse que las instrucciones experimentales proporcionan

modelos de afrontamiento al estrés, los procesos estudiados pueden considerarse también como una forma más de evaluación cognitiva o de reevaluación.

En otro estudio posterior, Bennett y Holmes (1975) encontraron que la redefinición resultaba efectiva para disminuir la frecuencia del pulso sólo si precedía a la amenaza. Este hallazgo no debena sorprendernos puesto que Bennett y Holmes se encontraron con dos situaciones distintas: en una había que valorar la amenaza y, en otra, el daño recibido. Es lógico pensar que el afrontamiento cognitivo o los esfuerzos de reevaluación para controlar por anticipado el efecto de los acontecimientos, probablemente serán distintos de las estrategias eficaces para controlar los trastornos provocados por los acontecimientos.

El tercer experimento de esta serie trata de desviar la atención más que de redefinir la amenaza. En este estudio, Bloom y sus colaboradores (1977) refirieron que si se animaba a los sujetos amenazados de descarga eléctrica a pensar en otra cosa distinta, se conseguía reducir de forma automática los niveles de estrés. Además, la redefinición de la situación resultaba más efectiva si los sujetos no habían recibido de forma previa ninguna descarga que pudiera informarles de la naturaleza del daño que iban a recibir. Estos hallazgos sugieren que cuando no ha habido descarga previa —es decir, cuando la amenaza es ambigua— es más fácil para los sujetos aplicar la redefinición de la situación que cuando la naturaleza de la amenaza ha sido ya establecida. Esto cuadra con numerosos ejemplos en literatura que sugieren que permitir a los sujetos experimentar la descarga, la desmififica y la convierte en mucho menos amenazante que si no se ha experimentado todavía. En posteriores capítulos prestaremos más atención al hecho de la ambigüedad de la amenaza, dado que la consideramos como uno de los determinantes claves de la evaluación, en tanto que aumenta las diferencias individuales en cuanto a la interpretación de las situaciones.

Los experimentos de Neufeld han ayudado a entender los procesos de evaluación y sus consecuencias. En un estudio, Neufeld (1975) utilizó un complicado y cuidadoso diseño en el que se sirvió de sistemas de análisis basados en la detección de señales para determinar si la evaluación cognitiva actuaba realmente cambiando la sensación de estrés o si lo que hacía era cambiar su tendencia a manifestarse. Esta cuestión ha interesado de forma tradicional a aquellos que se preguntan si los mecanismos de defensa varían la experiencia del individuo o si por el contrario, lo que modifican es el modo de referirla. Los estímulos estresantes fueron fotografías en color sin retocar, tomadas en el depósito de cadáveres y fotografías de víctimas de asesinatos y de pacientes con enfermedades dermatológicas graves en avanzado grado de evolución. En esencia, lo que debían hacer los sujetos experimentales era puntuar las fotografías de más o menos aversivas bajo dos condiciones: una, después de haber escuchado una cinta magnetofónica que intelectualizaba las imágenes

y pretendía alejar al sujeto de las situaciones reduciendo con ello la sensación de amenaza y la otra, después de haber escuchado una cinta neutral de estudio de costumbres. Este intento de modificar la evaluación cognitiva en el sentido de reducir la sensación de amenaza, resultó efectivo en el descenso de los niveles de respuesta al estrés (conductancia de la piel) sin afectar a las puntuaciones posteriores según la aversión provocada por una mezcla de fotos nuevas y otras ya presentadas. En efecto, los niveles de amenaza experimentada variaron, pero no la tendencia a referir estrés. Por tanto, Neufeld afirma que la evaluación real de la amenaza varió en lugar de hacerlo sólo la tendencia a referir aversión. Esta afirmación concuerda con la formulación anterior de Lazarus y Alfert (1964) de que la evaluación cognitiva positiva realmente cortocircuita la amenaza. Los sujetos que han hecho tal evaluación pueden enfrentarse al mismo estímulo amenazante y emitir una respuesta mucho menos intensa (véase también Neufeld, 1976).

Los intentos deliberados de estudiar por separado los procesos de evaluación primaria y secundaria han sido hasta ahora raros, aunque en la actualidad están empezando a aparecer algunos estudios (cf. Folkman y Lazarus, en preparación). Dobson y Neufeld (1979) manifestaron ciertas dudas sobre la utilidad de separar estas dos formas de evaluación a la hora de valorar la interpretación que da el sujeto a la naturaleza de la situación. En nuestra opinión, la evaluación primaria y la secundaria no pueden considerarse como procesos distintos ya que, aunque derivan de fuentes distintas dentro del mismo afrontamiento, son interdependientes y probablemente cada una influye en la otra.

Las investigaciones recientes en las que se produce la manipulación de la valoración adolecen de las limitaciones de todo estudio de laboratorio de procesos psicodinámicos (véase Wachtel, 1980; Willeris, 1969, y otros, así como el capítulo 10). Sin las medidas directas de los cambios en la evaluación producidos por la manipulación experimental, no puede asegurarse hasta qué punto los procesos habidos en el laboratorio modifican realmente los procesos de evaluación. Los sujetos pueden haber diferido de forma importante en el grado de afectación de tales efectos y en algunos casos, como en el estudio de Geen y colaboradores (1974), tales procesos pueden no haber vencido las tendencias evaluativas previas, dificultad reconocida algunas veces por los experimentadores en sus intentos de interpretar los hallazgos dudosos. La utilización de un planteamiento metodológico único en lugar de dos o más, de modo que se complementen entre sí, no permite aclarar si se produce o no alguna variación y a expensas de qué aspecto tiene lugar (véase Lazarus *et al.*, 1970, y nuestra discusión en el capítulo 10 sobre los distintos métodos de abordar experimentalmente la evaluación).

Breznitz (1976), refiriéndose a los efectos de las falsas alarmas, hizo un impresionante uso de las interpretaciones referidas a la evaluación de los hallazgos de campo y de laboratorio. Observa que los efectos de

las falsas alarmas representan un raro ejemplo en el que la experiencia es perjudicial para el individuo puesto que hace que éste no tome medidas adecuadas cuando el peligro se presenta de una forma real. Breznitz nos ofrece varias hipótesis de por qué ocurre esto. Sugiere que la reducción de un afrontamiento activo del peligro es mayor cuando la amenaza es inminente que cuando es eliminada. Por tanto, el aviso de un huracán que a última hora demuestra ser falso, producirá un efecto de falsa alarma mayor que si el huracán se produce y termina enseguida. Segundo, una manipulación que intensifica la reacción de miedo ante la amenaza inicial, aumenta el efecto de falsa alarma siguiente a la supresión del peligro. De forma más general, el aumento de la sensación de miedo puede considerarse como indicador de mayor compromiso por parte del individuo junto con un incremento en su vulnerabilidad. Tercero, cualquier cosa que favorezca la diferenciación entre una amenaza futura y otra que ha sido suprimida, reducirá el efecto de la falsa alarma. En otras palabras, si el individuo sabe que la supresión del peligro no guarda relación con la próxima situación de amenaza, esta próxima vez tiene menor probabilidad de ser ignorada. Cuarto, los costos personales de las medidas de precaución que deben tomarse son también importantes, ya que el efecto de la falsa alarma es mayor cuando la dificultad para evadir el daño que se avecina es mayor.

Estas hipótesis, algunas de las cuales fueron confirmadas por los trabajos experimentales de Breznitz, implican de forma directa a los procesos de evaluación cognitiva en cuanto a si se toman o no medidas preventivas, así como en el nivel del trastorno emocional experimentado. Más aún, el efecto de la falsa alarma en sí mismo —es decir, el hecho de que el individuo responda pero no tome ninguna medida preventiva— es resultado de que la falsa alarma informa al individuo sobre la credibilidad de la amenaza, influyendo en su evaluación cognitiva.

Hemos de mencionar también dos estudios de campo realizados por nosotros mismos. El primero (Folkman y Lazarus, 1980) se refería a la relación entre evaluación y afrontamiento. Se obtuvieron las descripciones de unos cien episodios específicos de afrontamiento, obtenidos de cien hombres y mujeres de mediana edad, interrogados una vez al mes durante el periodo de un año. Se indicó a los sujetos que señalaran en una lista aquello que pensaban y hacían para afrontar las situaciones; se les pidió también que indicaran cuál de las muchas evaluaciones posibles caracterizaba para ellos la situación. Las evaluaciones hacían referencia al hecho de que la situación pudiera ser dominada por el sujeto o si, por el contrario, no tenía más remedio que someterse a ella. La evaluación demostró ser un importante mecanismo de predicción de la orientación del afrontamiento, bien hacia una regulación de la emoción sentida (afrontamiento centrado en la emoción) o bien hacia la resolución del problema (afrontamiento centrado en el problema). Los problemas juzgados como inevitables iban asociados con mayor frecuencia al

afrontamiento centrado en la emoción, mientras que cuando el individuo pensaba que tenía cierta fuerza sobre el problema, su afrontamiento se centraba en el.

El segundo estudio (Folkman y Lazarus, en preparación) trata de la relación entre la evaluación y la emoción. El estudio se desarrolló en el contexto de los exámenes parciales. Dos días antes del examen se preguntó a los estudiantes sobre el grado de dificultad que esperaban, sobre el grado de importancia que el examen tenía para cada uno, hasta que punto pensaban que controlarían la situación y cuál sería su puntuación media (PMO). Como ya se ha dicho con anterioridad al hacer referencia a este estudio, se preguntó también a los estudiantes sobre el tipo de emociones relacionadas con la amenaza que experimentaban (ansiedad, preocupación o miedo). Dos variables evaluativas —la importancia de lo que se jugara el alumno y el grado de dificultad que esperaba de la prueba— demostraron su importancia como mecanismos de predicción de las emociones de amenaza. Por otro lado, la PMO, que no es ninguna variable cognitiva evaluativa, *per se*, no sirvió para predecir tales emociones.

Krantz (1983) consideró también la evaluación secundaria en las estrategias de afrontamiento desarrolladas por un grupo de alumnos antes de un examen, así como la facilidad para poner en práctica dichas estrategias cuando la puntuación obtenida no era la esperada. Además, Krantz observó directamente en un segundo examen, seis conductas de afrontamiento desarrolladas por aquellos que no recibieron buena puntuación en el primer examen: cantidad de tiempo dedicado al estudio, atención prestada en clase, revisión de la asistencia durante el curso, contacto con el profesor, discusión con los compañeros de la materia del curso y fuentes de información o de ayuda utilizadas. La autora del estudio encontró que la evaluación secundaria predecía las conductas de afrontamiento pero no servía para determinar realmente cuál sería el rendimiento en el examen. En efecto, los sujetos hicieron realmente lo que habían dicho en el primer examen; en realidad, sus conductas de afrontamiento en el segundo examen coincidieron con sus evaluaciones secundarias de las opciones de afrontamiento. Krantz interpretó el hecho de la imposibilidad de predecir el rendimiento real en el examen como señal de que existían otras variables, tales como las aptitudes académicas, que eran más importantes que las conductas de afrontamiento previas.

En un estudio nuestro sobre el estrés en los exámenes (Folkman y Lazarus, en preparación) encontramos un dato, todavía sin publicar, que viene a corroborar esta interpretación dada por Krantz: las estrategias de afrontamiento referidas por los alumnos con anterioridad al examen, no sirvieron para predecir cuál iba a ser la calificación que obtuvieran. Sin embargo, su PMO sí sirvió.

En conjunto, lo que podemos ver en los informes anteriores es un

modelo de investigación y de observación que demuestra claramente que la forma en la que un individuo evalúa un acontecimiento estresante ejerce gran influencia sobre el proceso de afrontamiento que desarrollará y sobre su reacción emocional. La perspectiva teórica de que la evaluación cognitiva es un proceso mediador fundamental en la aparición de pensamientos, sensaciones y acciones subsiguientes a un acontecimiento estresante, no sólo es necesaria para entender con lógica las diferencias individuales e incluso los modelos habituales de reacción, sino que también encaja con las observaciones sobre las actitudes de los individuos en situaciones adaptativas importantes. Tomadas en conjunto, las investigaciones realizadas ofrecen un soporte evidente a esta interpretación.

Efectivamente, el concepto de evaluación cognitiva se ha consolidado de una forma u otra en las investigaciones y teorías desarrolladas sobre el estrés, el afrontamiento y la emoción. Ha aparecido una gran cantidad de literatura en la que se utiliza este concepto cuando se consideran los efectos de las variables precedentes sobre el estrés y las reacciones emocionales (véase Baum, Singer y Baum, 1981). En nuestra anterior discusión al respecto, hemos puesto especial cuidado en analizar solamente aquellas investigaciones en las que el concepto de evaluación se estudia de una forma directa, ignorando el gran número de trabajos en los que la evaluación se utiliza simplemente como una interpretación explicativa.

Evaluación cognitiva y fenomenología

Dado que la evaluación cognitiva se apoya en la interpretación subjetiva de un acontecimiento, podemos decir que es fenomenológica. La idea básica de fenomenología ni es nueva ni es original, ya que tiene sus orígenes en los antiguos tratados de filosofía y, de forma más reciente, lo encontramos en los trabajos de Jung, Adler y Rank y en teóricos como Lewin, Rogers, Murray, Tolman, Heider y Kelly (véase Weinwe, 1974). La fenomenología tiene connotaciones negativas que podrían cuestionar ciertos aspectos de nuestro planteamiento cognitivo: primero, la evaluación es un proceso privado y subjetivo que tiene dudosa relación con el entorno objetivo y, segundo, el concepto de evaluación es inevitablemente circular ya que para predecir los resultados emocionales y adaptativos debemos interrogar al individuo sobre la forma en que interpreta las situaciones. A su vez, la evaluación cognitiva en sí misma, sólo puede verificarse por referencia a las muchas consecuencias que a partir de ella podemos predecir.

El primer punto afecta a un antiguo conflicto presente en la psicología y que hace referencia a la percepción. La teoría clásica de la percepción (véase, por ejemplo, Allport, 1955; Vernon, 1962) tenía tres carac-

terísticas: ser verídica, normativa y «fria». La perspectiva verídica se refleja en la pregunta básica «¿Cómo es que somos capaces de percibir el mundo tal como es realmente para poder con ello comportarnos de forma adaptativa?» Con respecto a su calidad normativa, sabemos que se interesa en cómo percibe el individuo en general (las diferencias individuales se ignoran o son consideradas como errores). Por último, la teoría e investigación clásicas prestan poca atención a la percepción: actividad que consideran condicionada emocionalmente y dependiente de la personalidad del individuo (contextos «calientes»). La mayoría de sus observaciones se realizaron sobre muestras de laboratorio (contextos «fríos» para hacer una paráfrasis de William James).

En los años cuarenta y cincuenta apareció un movimiento disidente conocido con el nombre de «New Look». Muchos de sus integrantes eran psicólogos clínicos y estudiosos de la personalidad interesados de forma primaria en determinar los motivos por los que falla la adaptación humana. En contraste con los perceptivistas clásicos, los psicólogos pertenecientes al «New Look» se interesaron principalmente por las diferencias entre individuos y en el papel de los factores personales, tales como necesidades y capacidad de defensa en formar percepciones y cogniciones. Se planteó una pregunta distinta: «¿Cómo es posible que individuos distintos, o el mismo individuo en momentos distintos, perciba series de estímulos determinados de formas distintas?» Esta importancia otorgada a las diferencias entre individuos requirió el rechazo previo de la normativa tradicional de estudiar al individuo en general. Dado el particular interés de los psicólogos del «New Look» por la adaptación y sus errores, procedieron al estudio de situaciones en las que el individuo estuviese implicado en lo que percibía; es decir, en contextos calientes.

El movimiento del «New Look» guarda una estrecha afinidad con la fenomenología, en el sentido de que sus defensores defienden la teoría de que un gran número de individuos perciben lo que desean o necesitan y no lo que el entorno les muestra realmente. Este punto de vista, a pesar de que existen investigaciones que lo documentan, no se integró nunca en la teoría clásica de la percepción. La tradición seguida por los teóricos de la percepción clásica se hace evidente hoy en día en el campo del procesamiento de información, el cual, aunque centrado en el proceso, es en general normativo, se preocupa de la veracidad de los datos y trata con contextos fríos. En el fondo, cualquier teoría explicativa de la percepción y la cognición debe encontrar la forma de integrar estos puntos de vista aparentemente contradictorios.

Dado que la fenomenología hace referencia a las formas privadas de pensamiento que no guardan necesariamente relación con la realidad objetiva del entorno, puede pensarse rápidamente que este concepto es una versión extrema de la teoría del «New Look». No hay duda de que los factores personales pueden modular y distorsionar la percepción, especialmente bajo condiciones de ambigüedad o de enfermedad mental.

grave. Sin embargo, cuando el entorno es ambiguo, la percepción y evaluación realizada por la mayoría de los individuos se ajusta perfectamente a la realidad objetiva. En estos casos existe poca posibilidad para el individuo de manifestar sus diferencias particulares, excepto en lo que se refiere a los estilos de respuesta. Más aún, nadie se cuestiona el hecho de que los entornos físicos y sociales juegan un papel muy importante sobre nuestras reacciones (véase Proshansky, Ittelson y Rivlin, 1970 en su descripción del entorno físico en aquellas crisis de la vida, tales como trastorno físico, desastre natural, envejecimiento, reubicación y divorcio). Sin embargo, gran parte de nuestra existencia es ambigua por lo que los factores de personalidad tienen oportunidad de jugar un importante papel en la percepción y en la evaluación del entorno.

Cuando hablamos de evaluación cognitiva no nos referimos estrictamente a valoraciones basadas en la necesidad o en el desarrollo de conductas defensivas, aunque siempre se den compromisos (motivos) y procesos defensivos. Nosotros partimos de la premisa de que, generalmente, las personas desean saber qué es lo que ocurre a su alrededor y de qué forma esto afecta a su bienestar, a la vez que prefieren los puntos de vista optimistas. Esta postura integra los planteamientos clásicos de la percepción y los del «New Look», en tanto que sabemos que el entorno por un lado y los deseos del individuo por otro, interaccionan hasta producir una evaluación determinada. Por tanto, decir que la reacción a las demandas o a la hostilidad del entorno se halla mediada por procesos cognitivos no significa que los estímulos internos por sí solos determinan las evaluaciones; sino que tales estímulos interaccionan con el entorno objetivo generando las evaluaciones cognitivas.

Nuestra fenomenología no afirma que el pensamiento actúe siempre necesariamente así, ni que toda evaluación sea subjetiva y personal, sino que el individuo normalmente interpreta el entorno como es mediante sus percepciones y evaluaciones, aunque sus cogniciones no se correspondan exactamente con la realidad objetiva.

Otro aspecto dentro de esta cuestión es que, dado su carácter fenomenológico, el concepto de evaluación es intrínsecamente circular. La evaluación se infiere a partir de lo que afirma el sujeto, así que éste se halla amenazado porque así lo manifiesta o porque así aparece ante nosotros. Para romper este círculo vicioso necesitamos probar que aquello que llamamos evaluación tiene antecedentes y consecuencias. Las investigaciones descritas anteriormente, en las que la evaluación se infiere a partir de los informes del propio sujeto, de las manipulaciones experimentales y de las valoraciones de la personalidad que afectan a la emoción y al afrontamiento, disipan ampliamente las dudas al respecto puesto que demuestran que la evaluación tiene realmente consecuencias predecibles sobre ambos parámetros.

Lo que se necesita en último término para romper la tautología es demostrar que ciertas condiciones derivadas de la teoría, dentro del indivi-

duo y de su contexto situacional, determinan de forma interactiva los procesos de evaluación mediadores, los cuales afectan a su vez de forma predecible la respuesta emocional y el afrontamiento.

Un ejemplo muy común de tautología es el concepto de instinto, el cual perdió prestigio durante muchos años debido a que se convirtió en una simple etiqueta que no servía para explicar las formas de conducta aparentemente adoptadas por las distintas especies. Cuando preguntábamos por qué los animales se comportan de la forma en que lo hacen, la respuesta era que su instinto era la razón; cuando preguntábamos por hechos que demostraran la existencia de tal instinto, la respuesta era la enumeración de las muchas conductas determinadas por éste. No fue sino hasta las investigaciones de Lehrman y otros (1964) cuando tal círculo pudo romperse. En esas investigaciones se establecieron las condiciones específicas internas y externas que interaccionando de forma compleja y secuencial producían los llamados modelos instintivos de conducta. Por ejemplo, Lehrman demostró que cada uno de los pasos integrantes de la conducta reproductiva de las palomas torcaces hembra estaba regulada por la interacción entre los niveles hormonales y los estímulos externos, incluidos los producidos por la conducta del macho, los cuales a su vez afectaban al comportamiento endocrino de las glándulas regulando con ello conductas tales como el apareamiento, la construcción del nido, la puesta de huevos y su empollado, la alimentación de las crías, etc., todo ello en perfecta sincronía. Así mismo, sólo cuando podamos precisar los factores antecedentes del individuo y el entorno que determinan la naturaleza de los procesos de evaluación y la forma en que esos procesos afectan al afrontamiento y a la respuesta emocional, la evaluación cognitiva podrá ir más allá de ser una mera descripción, lo cual es, a su vez, un primer paso valioso y contribuye a la predicción. También sólo entonces una teoría de este tipo podrá potenciar las intervenciones prácticas concebidas para afectar las consecuencias adaptativas tales como salud, moral y funcionamiento efectivo del individuo.

Sin embargo, todavía queda un problema por resolver: el que el concepto de evaluación sea independiente de la medida de las variables precedentes y consecuentes. Este problema ha sido descrito brillantemente por Kasl (1978) en una discusión sobre las contribuciones de la epidemiología al estudio del estrés laboral. Afirma lo siguiente:

Desgraciadamente, esta convergencia de las formulaciones teóricas (sobre el papel de las diferencias individuales en la evaluación) ha conducido a una *trampa metodológica* puesta por nosotros mismos, que ha tendido a trivializar gran parte de las investigaciones realizadas sobre el estrés laboral o el papel del estrés: la medición de la variable «independiente» (p. e., ambigüedad del cargo, conflicto en él o medida de la sobrecarga, etc.) y la medición de la variable «dependiente» (p. e., tensión desarrollada en el puesto, grado de trastorno ocasionado, insatisfacción), a veces se hallan operativamente tan cerca que parecen ser simplemente dos medidas parecidas de un único concepto (p. 13).

Kasl nos ofrece un ejemplo del informe de Lyons (1971) sobre una correlación de 0,59 entre los parámetros «claridad del cargo» e índice de tensión desarrollada en el puesto entre el personal de enfermería. El índice de tensión quedó definido por determinados ítems de un cuestionario (sentirse preocupado por responsabilidades inciertas, evaluación poco clara de la supervisora, y expectativas poco claras de los demás). Las agudas y algo sardónicas conclusiones de Kasl sobre la correlación entre las dos medidas son las siguientes:

...los ítems del tipo «¿con qué frecuencia padece dolor de cabeza?» y los de la forma «¿con qué frecuencia se siente preocupado por los dolores de cabeza?», revelan casi tanto como correlacionan. De forma similar, ¿qué significado tiene la asociación entre una sobrecarga laboral y una baja autoestima en los profesores de universidad (Mueller, 1965), cuando la percepción de los recursos y habilidades como insuficientes para hacer frente a las demandas del trabajo y el sentirse insatisfecho con los recursos y habilidades de uno mismo derivan ambos de una única autopercepción? (p. 14).

Kasl observó que, con frecuencia, las medidas de las condiciones objetivas (estresantes) coinciden operativamente con las subjetivas —es decir, con la evaluación—, sugirió que la medición de ambas por separado en la misma experimentación podría ser una buena fórmula. Otra sería intentar controlar los efectos de las distintas características del individuo sobre la asociación entre la variable dependiente y la independiente, estrategia que ya describimos con anterioridad. Kasl procede correctamente al señalar que si no existe una diferencia operativa entre las medidas subjetivas (centradas en la evaluación) y las objetivas de los acontecimientos y sus efectos (por lo menos en ciertos casos o determinadas condiciones), el concepto de evaluación pierde toda su fuerza y queda devaluado hasta su inutilidad. Algunas de las investigaciones sobre evaluación descritas anteriormente coinciden en este punto mientras que otras caen en la trampa descrita por Kasl.

En los capítulos 3 y 4 examinaremos los aspectos previos de la cuestión: los determinantes individuales y del entorno de la evaluación. En el momento en que podamos identificar antecedentes y consecuencias de la evaluación o bien desarrollar una serie de principios para ello, habremos roto la tautología.

El concepto de vulnerabilidad

El término *vulnerabilidad* es utilizado ampliamente en el estudio y conceptualización del estrés psicológico y la adaptación humana. Muy a menudo se conceptualiza en términos de la suficiencia de los recursos del individuo. Por ejemplo, Murphv y Moriarty (1976) definen la vulnerabilidad en el niño como su «equipo», queriendo decir con ello el conjunto de recursos físicos, psicológicos y sociales de los que este dispone para

hacer frente a las demandas adaptativas del medio. En un estudio sobre pacientes neoplásicos, Weisman (1976) trata la vulnerabilidad como una insuficiente capacidad de afrontamiento y una distorsión emocional asociada a actitudes pesimistas en cuanto a recobrar la salud y a recibir un apoyo social adecuado. De forma similar, Zubin y Spring (1977) describen la vulnerabilidad en esquizofrénicos en términos de un déficit de recursos propios y adquiridos. Garnezy (1976) emplea también el concepto de vulnerabilidad para defender los factores genéticos como causa primaria en la esquizofrenia infantil. Desde su punto de vista, el niño invulnerable es biológicamente más resistente a la enfermedad mental.

Hay circunstancias en las que tiene sentido hablar de vulnerabilidad exclusivamente en términos de recursos. Tal es el caso de la vulnerabilidad física: alguien con un tobillo lesionado resultará más vulnerable en cuanto a una nueva lesión de tipo parecido; igualmente si un individuo viaja a un país extranjero tendrá más probabilidades de enfermar a partir de los contaminantes del agua que los residentes habituales puesto que su organismo no se halla todavía adaptado. También es razonable hablar de vulnerabilidad en términos de recursos cuando el déficit que existe en el sujeto es tan importante que le hace incapaz de responder adecuadamente a la mayoría de las situaciones, como ocurre con los esquizofrénicos.

Sin embargo, entre los individuos con un nivel de funcionamiento adecuado, la insuficiencia de recursos es condición necesaria, pero no suficiente, para la vulnerabilidad psicológica. Tal insuficiencia convertirá al individuo en vulnerable sólo cuando haga referencia a algo que realmente le importa de forma particular. Por ejemplo, el grado en que las vuln. habilidades físicas influyen en la vulnerabilidad psicológica del sujeto, dependerá de las consecuencias que tales desventajas le reporten. Para una bailarina, la más leve torcedura de tobillo puede significar el fallo en escena mientras que para un oficinista torcerse el tobillo no representará el menor inconveniente en su trabajo. En cuanto a la anticipación de los problemas derivados de la relación interpersonal, estos crearán vulnerabilidad psicológica sólo si la relación tiene algún significado para el individuo. En conclusión, la vulnerabilidad psicológica no viene determinada solamente por un déficit de recursos, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias.

Esta definición relacional de la vulnerabilidad es paralela a la nuestra de la amenaza. En efecto, puede concebirse la vulnerabilidad como una amenaza potencial que se transforma en amenaza activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo. En este sentido, también hay que tener en cuenta la susceptibilidad a reaccionar con estrés psicológico ante un amplio grupo de acontecimientos, susceptibili-

dad que viene determinada por un conjunto de factores personales, entre los que se incluyen los compromisos, las creencias y los recursos.

Kaplan (1976) proporciona un ejemplo en el que se utiliza un concepto relacional de vulnerabilidad. Este investigador realizó un test de «indefensión/vulnerabilidad» en el cual quiso reflejar la combinación de dos caracteres: otorgar gran importancia al hecho de recibir aprobación (importancia o expectación de consecuencias) e incapacidad para controlar la sensación de malestar provocada por la desaprobación (déficit de recursos).

Otro ejemplo nos lo aporta Schlenker y Leary (1982), que sugieren que aquellas personas que desean causar buena impresión ante una audiencia y que, al mismo tiempo, temen recibir la desaprobación de ésta, resultan vulnerables a padecer ansiedad social. En este caso, la vulnerabilidad aparece por la relación entre un resultado y una expectativa.

Continuaremos tratando los factores individuales que influyen en la vulnerabilidad al estrés psicológico en el capítulo 3, en el capítulo 4 trataremos de las situaciones que pueden transformar esta vulnerabilidad en amenaza.

La cuestión de la profundidad

Antes de terminar estas consideraciones sobre la evaluación cognitiva, queremos referirnos brevemente a un problema inherente a los planteamientos cognitivos del estrés, la emoción y el afrontamiento: la cuestión de lo superficial y lo profundo o de lo consciente y lo inconsciente.

Generalmente, se considera la evaluación como un proceso consciente, racional y voluntario. Sin embargo, hemos defendido el hecho de que un individuo puede no ser consciente de ninguno de los elementos básicos que configuran una evaluación (p. e., Lazarus, 1966, 1982, 1984). Una evaluación de amenaza puede surgir sin que el individuo conozca claramente los valores y objetivos que está evaluando como peligrosos, los factores internos o externos que contribuyen a tal sensación de peligro o incluso puede ignorar que está evaluando una amenaza. Esta falta de consciencia puede ser resultado de la operación de poner en marcha mecanismos de defensa o bien puede estar basada en procesos de atención no defensivos.

Nuestra postura permite integrar el concepto de evaluación con el de las teorías del tipo psicoanalítico. Por ejemplo, la noción sugerida por Jung de funciones superiores e inferiores donde una función predomina mientras que la otra queda sumergida, implica que una tendencia suprimida puede emerger de tanto en tanto bajo la influencia del pensamiento (p. e., evaluación), la emoción y la conducta. Por supuesto, el pensamiento freudiano otorga a la actividad mental inaccesible a la consciencia un papel en la modelación del pensamiento, las sensaciones y los

actos. Dentro del contexto de la investigación del estrés, Weisman (1972) ha utilizado el término *conocimiento medio* para referirse a la vaga sensación de conocer la realidad que puede aparecer inesperadamente y alterar el ánimo del individuo, aun cuando éste se halle empeñado en negar firmemente la situación (es el caso de los pacientes que niegan su enfermedad terminal).

Por tanto, la teoría de la evaluación no necesita restringirse a una lista de datos personales y procesos que puedan tratarse con facilidad: los datos personales y los procesos menos accesibles sobre los que ha tratado más extensamente la teoría psicoanalítica también son materiales accesibles a la evaluación. La teoría de la evaluación es, en cierto sentido, neutral respecto a los datos personales específicos que se consideran como sus modeladores. Es conveniente recordar esta característica del concepto de evaluación cognitiva para posteriores capítulos de este libro, donde se discutirán los factores personales que influyen en la evaluación (capítulo 3), los procesos de afrontamiento (capítulos 5 y 6) y las teorías cognitivas de la emoción (capítulo 9).

Sumario

Existe en psicología una antigua tradición fenomenológica por la que se considera que el significado de un acontecimiento para el individuo determina su respuesta emocional y conductual. Nuestro concepto de evaluación cognitiva hace referencia a los procesos de evaluación que median entre el afrontamiento y la reacción del sujeto. Mediante los procesos de evaluación cognitiva el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar. De forma tradicional, las investigaciones desarrolladas sobre el estrés se han apoyado, en gran parte, en modelos no cognitivos, como los de reforzamiento del *drive* y los del *arousal* o activación. Sin embargo, la utilidad de tales modelos ha empezado a ser cuestionada por una razón: la evidencia demuestra contundentemente que los procesos relacionados con la evaluación modelan la reacción del individuo ante la situación. Más aún, la respuesta emocional es, en efecto, específica del significado evaluado y distinta en cuanto a calidad e intensidad. Como resultado de ello, gran número de investigadores en el campo de la psicofisiología han empezado a considerar en sus modelos la mediación cognitiva.

Nuestra teoría cognitiva del estrés es fenomenológica. La fenomenología tiene dos connotaciones negativas: la primera afecta a la veracidad de las evaluaciones. Nosotros partimos de la premisa que aunque los factores de personalidad —necesidades, compromisos y preferencias en cuanto a estilos de atención— influyen en la percepción, generalmente las evaluaciones se corresponden con la realidad. El segundo problema que presenta la fenomenología es que su planteamiento es inherentemente circular, la evaluación de amenaza se infiere a partir de lo que manifiesta

ta el individuo. Sin embargo, podemos romper este círculo en el punto en que podamos identificar los antecedentes y las consecuencias de las evaluaciones.

Hemos identificado tres clases de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas: de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. El daño/pérdida se refiere al perjuicio que el individuo ha sufrido ya; la amenaza se refiere a la anticipación de daños o pérdida y el desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o de ganar. La amenaza y el desafío no son los polos opuestos de un mismo eje: pueden ocurrir de forma simultánea y deben considerarse por separado, aunque con frecuencia se hallan relacionados en la interpretación del acontecimiento.

La evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.

La reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno. Una reevaluación difiere de una evaluación tan solo en que la primera sigue a una evaluación previa. Algunas veces, las reevaluaciones son resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento: éstos son llamados reevaluaciones defensivas y muchas veces resultan difíciles de distinguir de las reevaluaciones basadas en la información recibida.

El concepto de vulnerabilidad se halla estrechamente relacionado con el de evaluación cognitiva. Con frecuencia, la vulnerabilidad se considera en términos de recursos de afrontamiento: una persona vulnerable es aquella cuyos recursos de afrontamiento son insuficientes. Sin embargo, la vulnerabilidad psicológica viene determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación. Igual que en la definición que dimos de estrés, nuestro punto de vista sobre la vulnerabilidad es también racional.

Los procesos de evaluación cognitiva no son necesariamente conscientes, como tampoco son siempre accesibles los datos que la configuran. La evaluación cognitiva también puede estar determinada por datos de los que el individuo no tiene conciencia.

Capítulo 3

Factores personales que influyen en la evaluación

En este capítulo tratamos dos características del individuo que determinan la evaluación: los compromisos y las creencias. Estas variables influyen en la evaluación determinando: 1) que es lo más sobresaliente para conservar el bienestar; 2) de qué modo el individuo entiende la situación poniendo en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento y 3) cuáles serán las bases para evaluar los resultados (cf. Wrubel, Benner y Lazarus, 1981). En el capítulo siguiente discutiremos las características de la situación que influyen en la evaluación.

A pesar de que tratamos por separado las variables que hacen referencia al individuo y a la situación, consideramos tales variables como interdependientes y es por ello que nos referimos a ambas en la discusión. Por ejemplo, cuando hablamos del compromiso como de un factor individual que influye en la evaluación, suponemos implícitamente la idea de un compromiso «con» algo o con alguien. Se trata, por tanto, de una relación específica entre el individuo y el entorno. Para que un compromiso ejerza influencia sobre la evaluación de un acontecimiento, debe guardar relación con éste.

Todavía no es posible valorar las variables individuales y situacionales que afectan la evaluación, a no ser que las midamos por separado. Creemos que es necesario dividir nuestra discusión sobre los determinantes de la evaluación en dos capítulos distintos. Sin embargo, aunque las mediciones se hagan por separado, deben analizarse e interpretarse de forma interdependiente. Esta perspectiva se basa en el concepto de transacción que discutiremos en el capítulo 9.

A. Compromisos

Los compromisos expresan aquello que es importante para el individuo. Así mismo, deciden lo que se halla en juego en una determinada

situación estresante. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, será evaluado como significativa en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión de ese compromiso. Los compromisos deciden también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos.

Aunque nuestra definición de compromiso contiene elementos cognitivos en cuanto a que se refiere a alternativas, valores y/o objetivos, no queremos olvidar sus implicaciones motivacionales, su intensidad, su persistencia, su tinte afectivo y su dirección (cf. Lazarus, Coyne y Folkman, 1982). Para expresar los aspectos motivacionales de la conducta humana, los psicólogos han utilizado otros términos y conceptos entre los que se encuentran drive, catexis, motivo, inversión, necesidad, planificación y expectativa del valor recibido (p. e., Atkinson y Birch, 1978; Heckhausen, 1977; Schönplig, en preparación). Todos estos términos son adecuados, pero llevan implícitos aspectos de otros conceptos que preferiríamos evitar. Preferimos el término compromiso porque denota procesos cognitivos y sociales de mayor orden, puesto de relieve en la teoría de la evaluación cognitiva y porque además conlleva una calidad emocional duradera.

Para nosotros, un individuo se halla comprometido con algo o con unas cuantas cosas en particular. Por tanto, podemos hablar de modelos de compromiso expresando con ello que hay ciertas cosas con las que uno se halla muy comprometido y otras con las que el compromiso es pequeño o no existe. No es fácil determinar tales modelos ya que no vienen necesariamente manifestados por las circunstancias objetivas del individuo. Koenig (1973) y otros (p. e., Conte, Weiner y Pluchik, 1982; Diggory y Rothman, 1961) señalan que el compromiso con la vida no es siempre la preocupación principal de los moribundos o de aquellos que temen morir, sino que la dependencia, la separación, el aislamiento, el dolor, la deformación física, el miedo al abandono y el fracaso en lograr objetivos importantes en la vida, son algunos de los compromisos que preocupan a estas personas de manera muy desigual. Aquí aceptaremos la compleja cuestión de la valoración y asumiremos el hecho de que otros investigadores puedan encontrar formas adecuadas de valoración de modelos entre individuos.

Mecanismos por los que los compromisos ejercen influencia sobre la evaluación.

Los compromisos determinan la evaluación mediante numerosos mecanismos (cf. Wrubel et al. 1981). En primer lugar, acercan o alejan al individuo de las situaciones y pueden amenazarle o desafiarle, beneficiarle o dañarle. El atleta que se halla comprometido con el hecho de ganar una competición, se someterá a un riguroso entrenamiento y pres-

cindirán de aquellos placeres que puedan disminuir sus posibilidades de ganar. El niño que desea ser aceptado por sus compañeros procurará participar en aquellas actividades aprobadas por el grupo y evitará las que no lo sean.

El significado de esta forma de razonamiento viene desarrollado en un interesante estudio de Slife y Rychlak (1982) sobre el modelamiento de la agresión en el niño como función de sus valoraciones al respecto. En este estudio, los niños fueron evaluados según su afición o no por los juguetes violentos, previa exposición a imágenes de televisión modeladoras de la agresión. Los niños no se limitaron sólo a copiar lo que vieron en la televisión sino que mantuvieron sus preferencias por unos determinados juguetes, lo cual podría interpretarse como un reflejo de que sus valores previos influyeron en su conducta posterior.

Los compromisos influyen también en la evaluación mediante la forma en que determinan la sensibilidad del sujeto respecto a las características de la situación. Por ejemplo, King y Sorrentino (1983) demostraron que las diferencias en la forma en que los individuos evalúan las situaciones son debidas en parte a las diferencias individuales en cuanto a la importancia otorgada a distintos aspectos de esas situaciones (por ejemplo, agradable versus desagradable, íntimo versus social o íntimo/relacionado versus no íntimo/no relacionado). La importancia otorgada por King y Sorrentino son reflejo de valores y compromisos que determinan la sensibilidad del individuo hacia esos aspectos particulares de la situación. Este estudio es uno de los pocos que han intentado considerar de forma seria las dimensiones de la situación que hacen variar o mantener los modelos de evaluación en las personas.

Mechanic (1962) refiere el aumento de la sensibilidad a distintas señales en los estudiantes que esperan saber si han aprobado su examen de licenciatura. Cuando terminaron los exámenes y se empezaron a poner las notas, los alumnos se volvieron extremadamente sensibles hacia todas las expresiones y conductas observadas en los miembros de la facultad. Tal sensibilidad hacia las señales emitidas no se habría desarrollado si los alumnos no hubieran tenido el compromiso de aprobar. Mientras no entendamos los mecanismos por los que los compromisos determinan la sensibilidad hacia las señales, no sabremos si este proceso puede ocurrir también en respuesta a señales incompletas o a nivel tácito o inconsciente (véase Polanyi, 1966). Un ejemplo derivado de la experiencia diaria es la sensibilidad de las madres hacia el sueño de sus hijos pequeños.

Klinger (1975), en su estudio de la depresión trata el tema de la sensibilidad hacia las señales. En su opinión, la depresión es la consecuencia natural del alejamiento de los compromisos cuando éstos se vuelven abrumadores o insostenibles. Cuando tal alejamiento se consuma, los aspectos relevantes del entorno pierden significado en cuanto a su relación con los compromisos con los que previamente estaban relacionados. Por tanto, mediante el alejamiento, el individuo pierde su sensibilidad hacia

las señales relacionadas con los compromisos. Entre tanto, puede sentir «apatía, menor capacidad de lucha instrumental, falta de concentración y mayor preocupación por señales momentáneas...» (p. 8) o, en otras palabras, depresión.

La tercera, y quizá más importante forma en la que los compromisos ejercen influencia sobre la evaluación, es mediante su relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo. Esta relación tiene una curiosa naturaleza bipolar: Por un lado, el potencial de una situación para ser psicológicamente perjudicial, amenazante o desafiante depende directamente de la intensidad con que existen compromisos establecidos. Cuanto mayor sea el grado de profundidad al que se halla comprometido un individuo, mayor será el potencial de la situación para amenazarle o dañarle. Por otro lado, la misma intensidad del compromiso que es capaz de determinar vulnerabilidad en el individuo, puede también impulsarle a actuar para reducir la amenaza y ayudarle a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se le presenten.

El compromiso como un factor en la vulnerabilidad

En el capítulo 2 hemos presentado el concepto de vulnerabilidad al estrés psicológico. Describimos tal concepto como una amenaza potencial determinada por distintas variables del individuo y de la situación. El papel jugado por el compromiso en la modificación de la vulnerabilidad es particularmente interesante y a menudo se olvida.

Cuanto mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será la vulnerabilidad del individuo al estrés psicológico en lo que respecta a tal compromiso. La relación entre compromiso y vulnerabilidad a la amenaza se pone de manifiesto en un trabajo experimental realizado por Vogel, Raymond y Lazarus (1959). Los sujetos del estudio eran alumnos varones de la escuela superior. Se midió la intensidad relativa de dos clases de motivaciones (lo que nosotros llamaríamos compromisos): la afiliación y el éxito. De acuerdo con la medida de distintas conductas e informes de los propios sujetos, se eligieron los puntajes extremos y se dividieron en dos grupos mucho más pequeños: uno, formado por los que sentían gran motivación por el éxito, pero poca por la afiliación, y otro constituido por los que presentaban características contrarias.

Ambos grupos fueron expuestos a condiciones consideradas como amenazadoras tanto para los objetivos de éxito como para los de afiliación. Se pidió a los sujetos que desarrollaran actividades relacionadas con ambos tipos de objetivos. Posteriormente, se procedió a la medición de la conductancia de la piel, la presión sanguínea y del pulso, para determinar el grado de reacción psicológica al estrés y, por inferencia, el grado de amenaza percibida. Los autores de este estudio hallaron que el grado de amenaza era mayor cuando el estímulo atentaba contra la motivación más fuerte. Así, los sujetos orientados de forma predominante hacia

el éxito, se sentían más trastornados por los estímulos amenazadores dirigidos hacia este objetivo y lo mismo ocurría con aquellos orientados hacia la afiliación.

A nivel psicofisiológico, Bergman y Magnusson (1979) demostraron que los alumnos más sobresalientes de la escuela superior (aquellos que cumplían más de lo que podía esperarse por su coeficiente intelectual) y los elegidos por sus profesores como extremadamente ambiciosos, excretaban más adrenalina en situaciones en las que había demanda de éxito que los demás alumnos de su misma clase.

Estos hallazgos no son sorprendentes ya que están de acuerdo con lo que cabe esperar a partir de nuestra experiencia diaria. Un alumno que tenga un compromiso importante en llegar a ser médico, experimentará hacia la facultad de medicina una reacción mucho más intensa que el que considera la medicina como una de las muchas posibilidades interesantes a seguir. La imposibilidad de tener descendencia será mucho más amenazante para una pareja que desee intensamente tener niños que para otra que enjuicie la paternidad como una posible alternativa. Las diferencias en cada caso vienen dadas en parte por el grado de compromiso desarrollado.

Una de las consecuencias más importantes de este principio es que incluso las situaciones más graves pueden evaluarse de forma distinta en cuanto al grado de amenaza que representan, según determinadas peculiaridades del modelo de compromiso. La mayor parte de los ejemplos, aunque son anecdóticos, resultan muy sugestivos. Por ejemplo, para algunas personas, la enfermedad no es sólo una amenaza a su propia vida sino que también les sirve de motivo para evitar situaciones aversivas, como un trabajo estresante, o para conseguir el derecho a reclamar, o a aceptar la ayuda y la atención de los demás (cf. Fiore, 1979). Tales ejemplos se denominan, de forma tradicional, «ganancia secundaria». En ellos, la enfermedad modifica un complejo entramado de costos y beneficios derivados de determinados modelos de compromiso sobre los que es habitualmente difícil actuar debido a los condicionantes sociales. Cada vez hay mayor interés por analizar los significados relativos a los compromisos de situaciones como las de enfermedad y envejecimiento, que constituyen importantes factores en la evaluación del estrés (Williams, 1981a,b).

Las investigaciones de Kasl, Evans y Niederman (1979) han demostrado también la importancia del compromiso (ellos utilizan el término motivación) como factor de riesgo para padecer mononucleosis infecciosa en los estudiantes. Se compararon cuatrocientos cadetes de West Point respecto a su motivación y rendimiento académicos, y su historia familiar de motivación como factores prospectivos de riesgo para desarrollar la enfermedad. Encontraron que la combinación de motivación académica alta y rendimiento académico bajo predecían padecimiento clínico de mononucleosis. Por tanto, cuando los alumnos rendían poco,

su compromiso hacia el éxito aumentaba de forma significativa su probabilidad de enfermar. En otras palabras, la existencia de compromiso hacia a los alumnos más vulnerables a los efectos debilitantes del estrés cuando se daba la circunstancia de un bajo rendimiento.

Janis y Mann (1977) añadieron que cuanto más público es un compromiso, más amenazante resulta por su carácter de desafío. Estos autores discuten este punto en el marco de su modelo de conflicto al tomar una decisión: Discutiendo los efectos de las presiones sociales sobre el hecho de revocar una decisión, Janis y Mann afirman que la estabilidad postdecisional «se basa en el compromiso en la medida que el individuo establece un contrato o adquiere una obligación ante los demás individuos de su entramado social, para llevar a cabo una determinada línea de acción» (p. 279).

Adquiriendo públicamente un compromiso, el individuo que toma tal decisión logra que los demás se vean afectados por ella y esperan de él que la cumpla. Prestigma de ser considerado dubitativo e inconstante es, por sí solo, un poderoso estímulo negativo que inhibe incluso plantear ante los demás la posibilidad de revocar la decisión. En general, cuanto mayor sea el grupo social pendiente de la decisión, mayor es su poder para evitar la desaprobación que podría aparecer como resultado de su revocación (p. 280).

Janis y Mann están interesados por aquellas decisiones tomadas bajo condiciones de estrés. Sin embargo, el mismo principio resulta importante para todas aquellas circunstancias donde la amenaza a un compromiso determinado tiene la capacidad de disminuir la autoestima o de provocar la crítica social. Cuanto mayores es el número de personas que conocen la existencia de tal compromiso, mayor es su potencial de amenazas. Una interesante aclaración de este principio es el hecho de que cuando el individuo tiene miedo de abandonar un compromiso como el de escribir un artículo, dejar de fumar o abandonar un trabajo, lo que hace normalmente es anunciarlo a los demás. Con ello, crea presión sobre sí mismo para cumplirlo, induciéndose la amenaza de la vergüenza por vacilar ante una decisión. Es como si tales personas se tendieran una trampa a sí mismas para, de este modo, hacer lo que temen dejar de hacer.

El papel del compromiso en la prevención de la amenaza

Como ya hemos dicho anteriormente, la intensidad de un compromiso que es capaz de producir vulnerabilidad en el individuo también puede impulsarle a una determinada trayectoria de actos que reduzcan la amenaza y le ayuden a desarrollar estrategias de afrontamiento para resolver el problema. La profundidad a la que se haya adquirido el compromiso determina la magnitud del esfuerzo que el individuo necesita para prevenir las amenazas. Por ejemplo, Klinger (1975) afirma que los compromisos hacen que el organismo «persiga una meta a pesar de los

muchos cambios que puedan darse en las motivaciones y en las señales emitidas por el entorno y, también, a pesar de los repetidos obstáculos» (p. 2).

Quizá los ejemplos más gráficos de la capacidad motivadora de los compromisos se hallen en los casos de enfermedad amenazante para la vida. Muchas veces el «deseo de vivir» se considera imprescindible para la supervivencia. Los compromisos particulares que determinan el deseo de vivir varían de una persona a otra. Para algunos puede tratarse de un compromiso con su familia; para otros, haber dejado un trabajo sin terminar y, para otros, el deseo de «vencer las adversidades». Algunas veces el compromiso con la vida se hace evidente en el consentimiento del paciente de tomar ciertos tratamientos y dietas realmente repulsivos. Respecto al modelo de compromiso que genera el deseo a la vida o de los mecanismos a través de los cuales actúa, está claro que sin ese deseo el paciente puede morir.

Los informes de los campos de concentración nazi aportan más datos que apoyan el papel de los compromisos en conservar la vida aun bajo las condiciones más devastadoras. A este respecto, Benner y sus colaboradores (1980) escriben:

Sin embargo, el trauma más importante de los campos de concentración radicaba en el hecho de que el sufrimiento experimentado no podía explicarse en términos de necesidad para la vida o atribuirse a un pecado de omisión o de acción, ni tampoco considerarlo dentro de unos designios superiores del universo.

Desde Job (Bakan, 1968), los seres humanos que han sufrido daño o sentido dolor han intentado convencerse a sí mismos de la bondad esencial y del significado de la vida buscando explicaciones para aquello que les sucedía. Sin embargo, cuando se trata de un plan tan bizarro e inhumano (o tan típicamente humano) como el genocidio y la esclavitud, la situación no solamente carece de sentido alguno sino que, además, hace dudar de que la vida tenga un significado y una finalidad. Una de las principales estrategias de afrontamiento en estas situaciones es buscar significado al sufrimiento... sufrir por alguna razón es más fácil de soportar que hacerlo sin causa, beneficio o significado alguno. No es necesario aclarar que los sufrimientos impuestos por el holocausto no tenían una finalidad última, recompensa ni significado inherente. En contraste con la conducta de los judíos creyentes durante los episodios de sufrimiento colectivo, los prisioneros de los campos no imploraban a Dios que les perdonara, ni siquiera gritaban contra la severidad de su castigo, sino que el 45% de supervivientes trasladados de nuevo a Israel refirieron haber perdido su fe como consecuencia de las experiencias vividas en el campo (Eitinger, 1964). Los campos venían a demostrar no la cólera de Dios sino su muerte (cf. Rubenstein, 1966). El proceso es análogo al de la conversión, pero en sentido contrario.

A pesar de su incapacidad para hallar significado a su sufrimiento, los prisioneros sí lucharon por hallar y mantener significado a su supervivencia. A pesar de que los campos de concentración fueron concebidos para eliminar todo vestigio de significado, valor, autonomía o control, casi todos los supervivientes refieren que el hecho de buscar alguna razón a su supervivencia parecía ayudar a conseguirla (Dimsdale, 1974; Frankl, 1959; Heimler, 1963). Aquí estamos diferenciando entre significado para el sufrimiento y significado para la supervivencia. Aunque las víctimas no encontraran razones, beneficios o propósitos en su sufrimiento, se sentían fortalecidas y apoyadas por sus razones personales para continuar existiendo. Los supervivientes refieren que

soportaron el sufrimiento y no se dieron por vencidos por varias y distintas razones: por amor a sus familiares más íntimos, para poder servir de testigos, para procurar venganza, etc. (pp. 223-224).

Aunque mucho menos dramáticos, los experimentos realizados en el laboratorio también vienen a demostrar que el compromiso determina esfuerzo por encima de la existencia de estímulos externos. Por ejemplo, en una serie de cinco estudios en los que se examinaron los efectos de los incentivos económicos sobre la conducta humana, Locke, Bryan y Kendall (1968) demostraron que los objetivos e intenciones eran los mecanismos por lo que tales incentivos ejercían influencia sobre la conducta. En cada uno de los estudios se vio que si un nivel de objetivo o de intención se controlaba o eliminaba parcialmente, el grado de incentivo no afectaba a la conducta. Los autores señalaban varios puntos que vienen a ilustrar lo que hemos estado diciendo sobre el papel del compromiso:

Los incentivos económicos pueden afectar el grado de compromiso de un individuo respecto a su objetivo o intención. Cabe esperar que el compromiso influya en el grado de persistencia mostrado por el individuo frente a la dificultad y la frustración, el grado en que mantendrá su objetivo si este interacciona de forma conflictiva con otros (p. e., gustar a los compañeros de trabajo) y la probabilidad de abandonarlo totalmente y «abandonar el campo» a pesar de otras alternativas.

Debe señalarse que, cualesquiera que sean los efectos de los incentivos económicos sobre el rendimiento, el efecto último debería estar en función del valor otorgado por el individuo al dinero en comparación con otros incentivos y de su percepción del grado en que una determinada trayectoria de acción se considera adecuada para la consecución de este valor (p. e., la instrumentalidad de la conducta percibida) (Vroom, 1964) (p. 120).

El papel central de los compromisos en el bienestar psicológico ha sido muy discutido con relación a las pérdidas (p. e., Bowlby, 1973) y la depresión (p. e., Klinger, 1975, 1977), siendo uno de los centros de interés de la terapia psicoanalítica tradicional. La finalidad de tal terapia consiste en resolver los conflictos internos que impiden la formación de compromisos con la familia y con el trabajo por parte del individuo. La premisa previa es que el individuo que puede establecer compromisos tendrá una vida productiva y llena de significado (véase también Singer, 1974).

En el contexto del estrés psicológico y del afrontamiento no se presta, en general, demasiada atención a los compromisos. Esto se debe en gran parte a la tendencia a alejarse de los conceptos motivacionales que discutimos ya en el capítulo 2. No obstante, está claro que los compromisos son importantes en la determinación del estrés psicológico. Además de su cualidad motivadora, la cual ayuda a mantener el esfuerzo de afrontamiento, dirigen y alejan al individuo de situaciones que puedan dañarle, amenazarle o desafiarse, modelan su sensibilidad hacia las señales (estímulos) y, más importante aún, definen las áreas de signifi-

cado y, por consiguiente, determinan cuáles son los encuentros importantes para su bienestar. Mas aún, con sólo conocer el modelo de compromiso de un individuo se pueden identificar sus esferas de vulnerabilidad. Este último punto tiene una importancia particular al poder predecir las circunstancias bajo las cuales un individuo dado se sentiría dañado, amenazado o desafiado.

Creencias

Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente (Witbel et al., 1981). Son nociones preexistentes de la realidad que sirven de lente perceptual o de «batería», por usar el término preferido por los psicólogos interesados en la percepción. En la evaluación, las creencias determinan la realidad de «como son las cosas» en el entorno, y modelan el entendimiento de su significado.

La discusión de Bem (1970) sobre los fundamentos cognitivos de las creencias resulta útil para poder entender, a un nivel formal, cómo funcionan en el proceso de evaluación. Brevemente, Bem distingue entre creencias primitivas y creencias de orden superior. El concepto de creencias primitivas se deriva de la premisa de que el que cree no está abierto a la crítica (a cuestionar) (véase también Rokeach, 1968). Las creencias primitivas más fundamentales son:

Consideradas de esta forma por admitir que no somos capaces de advertir que estamos del todo ligados a ellas; permanecemos sin tenerlas en cuenta hasta que nos llaman la atención o las ponemos en duda porque algunas de las circunstancias en las que aparecen son violadas. Por ejemplo, creemos que un objeto continúa existiendo aún cuando dejemos de mirarlo; creemos que los objetos guardan el mismo tamaño y forma cuando nos separamos de ellos, aún cuando sus imágenes cambien [...] Nuestra fe en la validez de nuestra experiencia sensorial es la creencia primitiva más importante de todas (p. 5).

Las creencias primitivas también pueden basarse en una autoridad externa: «Cuando mamá dice que no cepillarse los dientes después de cada comida hace que se cargan los dientes, esto es sinónimo del hecho de que no cepillarse los dientes después de cada comida provoca la caída de los dientes» (p. 7).

Las creencias de orden superior son aprendidas de la misma forma en que llegamos a considerar las experiencias sensoriales como potencialmente fallibles y, de modo similar, aprendemos a ser más precavidos y cuidadosos al creer lo que afirman las autoridades externas. «Empezamos ... por incluir una premisa explícita y consciente sobre la credibilidad de una autoridad entre su palabra y nuestra creencia» (p. 10). Estas creencias también se derivan del razonamiento inductivo desarrollado a

partir de la experiencia. Con el tiempo, las creencias de orden superior que se construyen a partir de la fe y de la experiencia pueden llegar a mantenerse sin contar con ninguna referencia de su evidencia. En este punto, la creencia ya no puede cambiarse apelando a la razón, con lo que pasa a ser una creencia primitiva.

Dado que normalmente las creencias actúan a un nivel tácito para determinar la percepción del individuo de su relación con el entorno, generalmente no somos conscientes de su influencia sobre la evaluación. Sin embargo, su efecto sobre este proceso se hace evidente cuando hay una pérdida súbita de creencias o una conversión a otro sistema de creencias muy distinto (cf. Paloutzian, 1981). Cuando se pierde una creencia, la esperanza puede sustituirse por la desesperanza; en el caso de la conversión, aquello que previamente pudo haber resultado amenazante puede pasar a ser bueno y viceversa. En ambos casos, probablemente hay más conciencia por parte del individuo sobre sus creencias. Si la pérdida de una antigua creencia y/o la adopción de otra nueva determina un cambio en la forma característica del individuo de relacionarse con los demás o con el entorno, entonces es también más probable que los observadores tengan mayor conciencia de las creencias que ha cambiado el individuo y de cuáles eran sus efectos e influencias. Por tanto, es en los casos de cambios espectaculares que se hace explícita la función de las creencias en la evaluación tanto para el sujeto como para el observador. Cuanto más difiere el nuevo sistema del antiguo y cuanto más comprensible resulta, más se pondrán de manifiesto los mecanismos por los que influye la evaluación.

Por ejemplo, desde principios de los años setenta, cientos de jóvenes han sido reclutados por ciertas sectas y persuadidos a adoptar un nuevo sistema de creencias. Los valores, compromisos y objetivos derivados de sus cultos afectaban a todos los aspectos de la vida de los miembros, incluyendo renegar del afecto y de la lealtad a sus familias, utilizando así la mentira y el engaño para sacar dinero y reclutar miembros a los que hacen trabajar de 18 a 20 horas diarias a cambio de una comida insuficiente y sin sueldo alguno (Clark, 1972; Conway y Siegelman, 1978; Delgado, 1977; Edwards, 1979; Gosney, 1977; Post, 1976; Rice, 1976).

Estos cambios en el sistema de creencias provocados por sectas son extremos; la mayoría de las personas no cambian de un modo tan drástico. Sin embargo, este tipo de conversión ilustra el hecho de que los individuos que adoptan un nuevo sistema inusual, cambian la forma de evaluar su relación con el mundo a cada nivel de su ser. Lo que era bueno ahora es malo (p. ej., los padres) y lo que era malo ahora es bueno (p. ej., subvagar el control de sí mismo a una autoridad superior). En estas circunstancias extremas, la forma en que actúan los sistemas, como una lente perceptual, queda claramente expuesta.

Hablemos ahora del conjunto específico de creencias que importan en el proceso de evaluación. Hemos elegido dos categorías principales:

1. Las creencias que tienen que ver con el control personal que el individuo cree tener sobre los acontecimientos. Las creencias que tienen que ver con temas como Dios, el destino y la justicia. Estas dos categorías principales no cubren en absoluto todas las posibilidades, sino que nuestra elección refleja cual es el interés y pensamiento actuales, así como la indispensable presencia de la verdadera investigación que trata de estos conceptos.

1. Creencias sobre el control personal

Resulta prometedora la hipótesis de que el hecho de que las personas confíen en su poder de dominio sobre el entorno o, por el contrario, teman resultar dañados en un mundo concebido como peligroso y hostil, determina que las evaluaciones del contexto sean de amenaza o de desafío (p. ej., Averill, 1973; Lefcourt, 1976). Los estudios clásicos de David y Levy (1943, 1966) sobre desprotección y sobreprotección materna (y la investigación sobre el tema de Ainsworth, Salter y Witting, 1967; Baumrind, 1975; Main y Weston, 1982), sugieren que la vulnerabilidad y el temor sólo aparecen cuando los padres pintan el mundo como peligroso y exageran sus esfuerzos de protección del niño. El otro aspecto de esta cuestión lo manifiestan Murphy y Moriarty (1976) en su estudio longitudinal sobre el afrontamiento y la resistencia en la infancia. Comentan que «la expectativa de poder vencer nuevos retos es una contribución importante de los años preescolares, que ayuda a disipar la falta de confianza en uno mismo y la ansiedad producida por el temor a ser incapaz de vencer» (p. 288).

Las creencias sobre el control personal tienen que ver con las sensaciones de dominio y de confianza (vease Carlson, 1982, para revisión de los cuatro modelos de control percibido en el contexto de *biofeedback*). Estas creencias han sido discutidas tanto como formas generalizadas de pensamiento como expectativas específicas de la situación. Hablar de control como de creencia generalizada es hablar de una disposición estable de la personalidad, distinguible de un juicio contextualizado o de la evaluación de un acontecimiento determinado. La distinción es importante tanto en el terreno teórico como en el práctico puesto que una definición se refiere a una variable antecedente estable y, la otra, a un proceso.

Creencias generales sobre el control. Una creencia general sobre control incluye el grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes. La formulación mejor conocida es el concepto de Rotter (1966) del locus de control interno versus el externo. El locus de control interno se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno y el locus de control externo se refiere a la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que

dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás.

Rotter (1966, 1975) concibió las expectativas de control generalizado como de mayor importancia en cuanto a su influencia en las situaciones ambiguas y nuevas. Bajo condiciones de ambigüedad, utilizada aquí para indicar falta de claridad en el entorno, las señales situacionales que se refieren a la naturaleza de las consecuencias y/o el grado de control que puede ejercerse sobre ellas, son mínimas. (Véase el capítulo 4 para la discusión sobre ambigüedad.) En consecuencia, los factores del individuo, tales como creencias y disposiciones tienen más influencia a la hora de determinar el significado de la configuración del entorno.

Si aplicamos este principio a las expectativas generales de control, cabe esperar que en condiciones de ambigüedad, una expectativa general se transformaría en una evaluación general en lo que respecta a la situación en particular. Por tanto, ante una situación sumamente ambigua, un individuo con un *locus* de control interno seguramente la evaluará como controlable, mientras que otro con un *locus* de control externo podría evaluarla como incontrolable. Sin embargo, cuando la situación no es tan ambigua, podemos suponer, como hace Rotter (1966, 1975), que los juicios sobre su controlabilidad estarían más influidos por las características de la situación que por las creencias generales del individuo.

Una interpretación del efecto de la creencia general sobre el control que ha tenido un fuerte impacto sobre el pensamiento de los epidemiólogos sociales y de los psiquiatras en el terreno de la medicina psicosomática ha sido el de «sentido de coherencia» de Antonovsky (1979), que sería definible como:

... una orientación global que expresa hasta que punto uno tiene la penetrante, persistente, aunque dinámica, sensación de confianza en que los cambios en el entorno interno y externo son predecibles y en que existe una gran probabilidad de que las cosas marchen de la forma razonable que cabe esperar (p. 123).

Antonovsky subraya la integración y la unión del yo y del mundo, lo cual recuerda también los escritos neofreudianos de Rank (1952), Jung (1953) y Fromm (1955). La noción de coherencia es semejante a la noción de Kobasa (1979) de estilo de personalidad resistente, a la de Kanungo (1979) de «compromiso», el cual representa la antítesis de los conceptos de alienación o anomia, y hace referencia a ideas como las de autoestima, autenticidad, confianza en uno mismo y sensación de dominio.

Una sensación de coherencia o de unión con el mundo tendría, en efecto, una función de soporte emocional tal como Antonovsky y otros han sugerido, y es probablemente un factor positivo en lo que respecta al funcionamiento en la sociedad, en el trabajo y a la salud (véase el capítulo 7). Un aspecto problemático de este concepto es que se presta a ser tratado solamente como un factor del individuo, sin relación con la sociedad en la que se mueve. El sentido de coherencia relaciona dos

sistemas interdependientes, el individuo y la sociedad, ambos con sus propios y distintos fines, los cuales deben describirse y ser tomados en cuenta. Por ejemplo, para muchos de los prisioneros de los campos nazis en Alemania, la sensación de coherencia dependía de la supresión de los valores conflictivos básicos para poder así continuar formando parte del orden social. Esta clase de sensación de coherencia se consigue a costa de la individualidad y la autonomía, a pesar de que todavía puede ser un factor positivo para la salud.

Una de las dificultades creadas por un concepto de las creencias humanas tan global como el del sentido de la coherencia es que éste implica un modelo monolítico de creencias cuando, de hecho, las personas normalmente entremezclan muchas creencias contradictorias al mismo tiempo. Un concepto global como éste sugiere que la imagen de un individuo con un sistema de creencias infalible o consistente puede ser más ficticia que real. Cualquiera que sea el deseo sentido de firmeza personal, los sistemas de creencias son demasiado complejos, ricos y contradictorios para ser agrupados en un único concepto unidimensional. Las dificultades de utilizar conceptos globales para predecir la conducta han constituido tradicionalmente un problema en las investigaciones sobre la personalidad. Como los rasgos, los términos globales son excesivamente simplistas e ignoran la relación compleja y cambiante que existe entre el individuo y su entorno. (Si lo desea el lector puede consultar a Block, 1982, para un análisis dialéctico cuidadoso que aplica los conceptos de Piaget de asimilación y acomodación a los cambios que sufre el individuo cuando sus creencias fallan.)

Por ejemplo, es muy frecuente que la gente tema subir a un avión cuando por otro lado sabe que estadísticamente es la forma de viajar con menor riesgo. Estas mismas personas se sienten seguras viajando en automóvil cuando saben que el peligro de accidente o de muerte en carretera es altísimo comparado con el que existe de morir en un avión. Estas personas parecen tener dos creencias contradictorias entre sí: que es seguro viajar en avión y, al mismo tiempo, que corren un grave peligro. Esto recuerda la historia de aquel pasajero que llevaba una bomba en el avión porque las posibilidades de que hubiese dos bombas eran prácticamente nulas. La gracia radica en el hecho de que todo ser humano necesita estar tranquilo aun cuando para ello tenga que hacer coexistir dos creencias contradictorias y no importa lo absurdo que resulte la síntesis de ambas.

También es común entre la gente creer que son eficaces en lo que hacen o que gustan a los demás, pero se comportan como si también creyeran que son insuficientes o desaprobados. Se desconoce la razón por la que sus evaluaciones y emociones vienen determinadas por una de estas creencias generalmente, por su vulnerabilidad. Es posible que exista una jerarquía natural en la cual aquellas creencias que implican peligro o control de peligro se pongan antes de manifiesto cuando se ven

activadas por determinadas circunstancias que aquellas otras que implican seguridad. También es posible que existan diferencias individuales en cuanto a la organización de tal jerarquía.

Esto no quiere decir que las creencias generales o expectativas sobre la falta de control sirvan como predictores de las valoraciones y de sus consecuencias en las investigaciones llevadas a cabo sobre estrés y afrontamiento. Lo que señala es la importancia de distinguir entre la disposición general y la disposición ante el control, diferencia que puede ponerse de manifiesto bajo ciertas circunstancias, como en el caso de la ambigüedad o en la valoración del control en un contexto determinado.

Cuando los investigadores utilizan expresiones como «eficacia propia», «ilusión de control» o «sentido del control» medidas en un contexto específico (p. ej., Bandura, 1977a; Langer, 1975; Lefcourt, 1973), generalmente están hablando de evaluación relativa al afrontamiento: cuando utilizan el término *creencias* o expresiones similares como el sentido de control sobre la propia vida, generalmente hablan de disposiciones generales; es decir, de la tendencia a hacer ciertas atribuciones sobre el control no en una sola dimensión sino en muchas. Con frecuencia, no es fácil hablar sobre el término en sí mismo, de manera que la creencia sobre el control podría ser una creencia en un contexto específico o bien una creencia general. En el primer caso, se trata de una evaluación cognitiva y, en el segundo, de una disposición del individuo. Esta distinción es similar a la que se hace entre estado y rasgo, que tanto ha interesado a los psicólogos sociales y a los estudiosos de la personalidad (p. e., Allen y Portkey, 1981; Averill y Opton, 1968).

En los últimos años se han sugerido distintos modos de medir específicamente las creencias generales y su efecto sobre el control, para mejorar su poder de predicción. En la literatura encontramos numerosas posibilidades entre las que mencionaremos el empleo de conceptos específicos para una actividad o un contexto: por ejemplo, en relación con los fenómenos de masas (Schmidt y Keating, 1979), con el rendimiento intelectual y académico (Crandall, Katkovsky y Crandall, 1965), las consecuencias económicas (Gurin y Gurin, 1970), y los hábitos de salud (Hartke y Kuncze, 1982; Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976). Paulhus y Christie (1981) han desarrollado una serie de escalas «específicas de áreas» que se fijan en la eficacia personal y el control interpersonal y sociopolítico, que parecen ser independientes entre sí (Paulhus, 1983). (Para otros ejemplos, véase Lefcourt, 1981.) Cuanto más restricciones se hagan en la definición de expectativas de control general, más empezarán a parecerse a las expectativas de control situacional, es decir, a las evaluaciones.

Evaluaciones del control situacional. Estas evaluaciones se refieren al grado en que el individuo cree que puede determinar o modificar sus relaciones estresantes con el entorno. Son el resultado de las evaluaciones de las demandas de la situación, de los recursos propios, de las

alternativas de afrontamiento y de la capacidad para aplicarlas. En lo que se refiere a esta última, las evaluaciones situacionales de control coinciden con el concepto de Bandura de *eficacia propia*. Ya hemos observado (véase el capítulo 2) que Bandura (1977a) distingue entre *expectativa de eficacia* —que es el convencimiento de que uno puede ejecutar con éxito la conducta necesaria para lograr un resultado dado— y *expectativa de resultado*, definida como la estimación del individuo de que una conducta determinada producirá determinados resultados.

Bandura hace esta distinción porque

... los individuos pueden creer que una determinada acción producirá determinados resultados, pero si tienen dudas sobre su capacidad para ponerla en práctica, ese conocimiento no influye en su conducta (p. 193).

Las expectativas de eficacia pueden diferir en *magnitud*, *generalidad* e *intensidad*. La *magnitud* se refiere al nivel de dificultad de una tarea determinada. La *generalidad* se refiere al grado en que una experiencia dada crea expectativas circunscritas o generales. La *intensidad* hace referencia a la facilidad o dificultad con que una expectativa puede perderse ante una experiencia adversa.

Bandura otorga un papel principal a la eficacia de las expectativas a la hora de determinar la elección de actividades de un individuo. «La gente teme y tiende a evitar aquellas situaciones amenazantes que consideran que exceden sus habilidades, mientras que eligen actividades y creencias en las que se sienten capaces de manejar las situaciones de otro modo les resultarían intimidadoras» (1977a, p. 194). Además, las expectativas también afectan al deseo del individuo de persistir en el empeño de afrontar los obstáculos y las experiencias que le son aversivas. Bandura también señala como importante el hecho de que las expectativas por sí mismas no son capaces de provocar afrontamiento, a no ser que existan incentivos.

En las afirmaciones anteriores, Bandura dice que las expectativas de éxito afectan al punto en que un individuo se siente amenazado y, en presencia de incentivos, influye también sobre la conducta de afrontamiento. Para situar las ideas de Bandura en nuestro marco de referencia, diremos que las expectativas de éxito forman parte de la evaluación secundaria, que incluye también una evaluación de las opciones alternativas de afrontamiento. Estas evaluaciones influyen sobre la emoción y sobre el afrontamiento. Las expectativas de éxito y los incentivos (premios) entran dentro de la evaluación total del individuo de una situación: es la relación evaluada entre los dos factores y no la eficacia o los incentivos por separado, lo que determina la emoción y el afrontamiento.

Esta interpretación se halla implícita en el trabajo de Bandura. Por ejemplo, uno de los hallazgos más consecuentes de los trabajos dirigidos

por Bandura y sus colegas sobre las fobias, es que el nivel de miedo varía con la eficacia de afrontamiento percibida (p. e., Bandura y Adams, 1977; Bandura, Adams y Byer, 1977; Bandura, Adams y Howells, 1980). Se encontró que la percepción de ineficacia iba acompañada de un grado importante de miedo anticipatorio, pero cuando la intensidad de la eficacia percibida aumentaba, el miedo disminuía.

El miedo es la manifestación de una evaluación estresante específica. Cambios en este nivel indican que también ha cambiado la forma en que el individuo evalúa su relación con el entorno. Cuando las expectativas de éxito aumentan y el individuo juzga sus recursos más adecuados para satisfacer las demandas que le presenta la situación, su relación pasa a ser evaluada como más controlable y, por consiguiente, como menos amenazante. Como consecuencia de ello, el grado de miedo disminuye y se establecen las conductas de afrontamiento. En otras palabras, estas conductas no aparecen porque disminuyan las expectativas de éxito sino por el efecto de tales expectativas sobre la evaluación del individuo de su relación con el entorno.

Las evaluaciones de control situacional son difíciles de medir (Folkman, 1984). Parte del problema que se presenta tiene que ver con la cuestión «¿Control sobre qué?». En los estudios experimentales, el objeto de control es normalmente un claro y sencillo estímulo aversivo: una descarga eléctrica, un ruido o un objeto fóbico. Por el contrario, en las situaciones de la vida real, el objeto de control es generalmente complejo, frecuentemente ambiguo y, a menudo, no pertenece solamente al grupo de estímulos externos sino que también tiene que ver con el estado interior del individuo. Por ejemplo, Moos y Tsu (1977), al tratar los estresantes relacionados con la salud, citan las siguientes tareas adaptativas, cada una de las cuales puede considerarse que afecta a un resultado o a un objeto u objetivo de control:

Relacionadas con la enfermedad:

1. Enfrentarse al dolor y a la incapacidad.
2. Enfrentarse con el entorno hospitalario y los tratamientos y procedimientos especiales.
3. Desarrollar una relación adecuada con el personal del hospital.

Generales:

4. Mantener un equilibrio emocional razonable.
5. Mantener una autoimagen satisfactoria.
6. Mantener buenas relaciones con la familia y los amigos.
7. Prepararse para un futuro incierto (p. 9).

Un buen resultado global ante una fuente de estrés relacionada con la salud requiere de numerosos resultados parciales que varían en claridad e importancia (véase también Krantz y Schulz, 1980, para una revisión

analítica referente a la rehabilitación cardíaca en la vejez). Algunos se refieren a cambios en las condiciones ambientales (por ejemplo, instalar rampas para sillas de ruedas), y otros tienen que ver con aspectos internos, como la tolerancia a la incomodidad o el sentirse aceptado. Entre estos aspectos internos se encuentra la capacidad de control de las propias reacciones. La persona temerosa de no poder hacer nada por cambiar los factores lesivos del entorno (como en el caso de los procesos terminales), todavía puede recurrir a su capacidad de ejercer control sobre sus sentimientos públicos y privados, y a su habilidad de aceptar todo lo que venga, conservando un buen estado de ánimo y deseos de vivir. No tenemos constancia de que esta confianza en la propia capacidad haya sido considerada y analizada como antecedente del afrontamiento y de la emoción, o como consecuencia del proceso adaptativo. Por tanto, en lo que respecta a los daños, amenazas y desafíos de la vida real, veremos que, con seguridad, la respuesta a la pregunta «¿Control sobre qué?» resulta ser multifacética.

Los resultados varían también en cuanto a controlabilidad. Es posible que el individuo espere controlar un aspecto de una situación determinada, pero no otro. Por ejemplo, respecto a los pacientes con lesión en la médula osea, Silver y Wortman (1980b) señalan que «es posible que una persona piense que aprender a entrar y salir de la cama depende de ella, pero que volver a andar depende solamente de la voluntad de Dios» (p. 4). El hecho de que los objetivos de control o los resultados de una situación estresante pueden variar en el grado de apreciación de su controlabilidad, hace más compleja la evaluación secundaria de opciones de afrontamiento y la evaluación general de un acontecimiento como amenazante y/o desafiante.

Más aún, como hemos observado anteriormente, las evaluaciones de control pueden variar a medida que el afrontamiento progresa. Los cambios pueden aparecer como resultado de nueva información obtenida del entorno y/o como resultado de esfuerzos afrontativos. Por ejemplo, en sus estudios sobre expectativas de éxito en los casos de fobias, Bandura (1982) observa que:

El individuo experimenta una notable sensación de éxito personal cuando sus experiencias no confirman sus erróneas creencias sobre aquello que temía y gana nuevos recursos para dominar las actividades amenazantes [...]. Si mientras que el individuo se halla completando una tarea descubre algo intimidante al respecto, o bien algo que sugiere limitaciones en su modelo de afrontamiento, su sensación de eficacia personal disminuye a pesar de que el rendimiento sea correcto (pp. 125-126).

La relación entre las evaluaciones de control situacional y las evaluaciones de amenaza y desafío es compleja. Gran parte de la teoría existente y de las investigaciones desarrolladas sobre la relación entre control y estrés se basan en la suposición de que el hecho de ejercer control reduce la sensación de estrés. Aunque hay estudios que indican que lo contrario

puede ser riesga (véase revisiones de Averill, 1973; Thompson, 1981, para ejemplos de ello), ¿cuándo podría ser así?

Las evaluaciones situacionales de control y sus efectos sobre el estrés, generalmente se analizan en el laboratorio donde la situación experimental se trata aparte de otros asuntos personales y del entorno. Sin embargo, en la vida real, los acontecimientos, ya sean internos y/o externos, psicológicos, físicos y/o sociales suelen estar relacionados unos con otros. La naturaleza interraccional de los acontecimientos ayuda a explicar por qué el potencial de control puede ser a la vez aumentado o reducido por la amenaza. Consideremos al paciente a quien se le dice que existe la posibilidad de controlar un proceso maligno mediante quimioterapia. Al practicar esta alternativa de control —es decir, al aplicar quimioterapia— el proceso puede detenerse pero, generalmente, a costa del bienestar del individuo (p. e., náuseas, pérdida del cabello y depresión). Una persona con patrón A de conducta, en riesgo de enfermedad coronaria, puede ser aconsejada para que ejerza mayor «control» sobre su conducta siendo menos competitivo y exigiéndose menos a sí mismo para reducir con ello el riesgo de enfermedad. Sin embargo, proceder de este modo puede representar para tal individuo ir en contra de valores muy arraigados en él, con la consecuente pérdida de autoestima y productividad. En los dos casos anteriores, la posibilidad de control representa una difícil elección. El individuo puede elegir controlar su proceso maligno o el riesgo de padecer infarto de miocardio, aunque la posibilidad de control le proporcionará determinados trastornos.

Se puede aplicar el mismo principio cuando el hecho de ejercer control sobre la situación representa un estilo antagónico al del sujeto: evitación (como contrario a confrontación) o dependencia (como contrario a independencia). Un estudio realizado por Averill, O'Brien y DeWitt (1977) ilustra este punto. En este experimento de evitación de una descarga, cada sujeto podía elegir entre escuchar o no una señal que avisaba de la aplicación de la descarga. La señal daba al individuo la posibilidad de controlar el estímulo aversivo ya que le permitía intentar desenchufar el generador de descargas. En cada una de las 12 pruebas efectuadas, se informó al sujeto de la eficacia de la desconexión para prevenir las descargas: la efectividad de la respuesta se puntuó desde 0 a 100 por ciento. Los sujetos vigilantes (aquellos que prefirieron escuchar la señal avisadora) mostraron menos señales de trastorno al aumentar la efectividad de la respuesta, mientras que los sujetos no vigilantes (aquellos que prefirieron no escuchar la señal) mostraron más trastornos a medida que disminuía la efectividad de la respuesta.

Otros estudios de Mills y Krantz (1979) también vienen a apoyar esta idea. Estos investigadores encontraron que los donantes de sangre a quienes se les daba una información que les permitía prepararse para la donación (por consiguiente, se les daba la posibilidad de autocontrol) y elegir el brazo en que querían que se les practicara la extracción (control

de conducta), presentaban más trastornos que aquellos sujetos a los que sólo se les proporcionaba una forma de control. Mills y Krantz especulan al respecto y dicen que la combinación de control sobre la información y control sobre la conducta proporcionaba a los donantes más de un papel del que habrían preferido en el proceso de extracción. Citando a Houston (1972), Mills y Krantz también sugieren que cuando el individuo prefiere no ejercer control sobre la situación, aumentar su papel en cuanto a la elección o la participación, puede aumentar el estrés. En los estudios de Shipley, Butt y Horwitz (1979), y Shipley, Butt, Horwitz y Farbray (1978), se examinó la relación entre sensibilización, represión y estrés, proporcionando a los sujetos información que les permitía ejercer autocontrol de su respuesta a una exploración invasora (endoscopia). Los reprimidos se mostraron más ansiosos que los sensibilizados al recibir la información. Presumiblemente, aquellos con un estilo reprimido se habrían mostrado menos ansiosos si no se les hubiera obligado a pensar sobre el procedimiento. De forma similar, S. Miller (1980) encontró que los «embotados» (*blunters*) (aquellos individuos que prefieren ignorar la información indicativa de amenaza) respondían mejor a una exploración médica cuando la cantidad de información preparatoria coincidía con su estilo cognitivo. A partir de este estudio y de otros anteriores (p. e., Andrew, 1970; Delong, 1970), emerge un patrón claro que indica que el ejercicio de control puede ser inductor de estrés cuando se opone al estilo cognitivo del individuo.

El control puede traer consecuencias sociales negativas. Quizas un individuo tenga los recursos suficientes para ejercer control sobre un estímulo aversivo, pero es posible que el ejercicio de tales recursos signifique un perjuicio para una relación interpersonal importante o cree una interacción social embarazosa. Por ejemplo, en un estudio de las estrategias de afrontamiento de madres de bajo nivel económico, Dill, Feld, Martin, Beukema y Belle (1980) describen cómo una mujer se inhibía de tratar los problemas de conducta de su hijo porque hacerlo significaría probablemente recibir «instrucciones humillantes» del personal de la escuela, de los servicios médicos y de salud mental y de los asistentes sociales.

Por último, a un nivel más práctico, existe la posibilidad de que aumente la amenaza cuando el ejercicio de control requiere recursos materiales necesarios para otros fines. Por ejemplo, suprimir el ruido molesto en el ambiente de trabajo puede requerir un dinero que se necesita para comprar muebles nuevos. El potencial práctico, las consecuencias reales del control, generalmente no se valoran en su justa medida ni en el laboratorio ni en las investigaciones de campo (véase también Antonovsky, 1979; Dill et al., 1980).

Evaluaciones situacionales de control y su certeza: Al igual que las evaluaciones primarias de amenaza y de desafío, las evaluaciones secundarias de control se basan, por lo general, en aspectos del afrontamiento

que vienen determinados por factores individuales como los compromisos y las creencias. Más aún, la evaluación de la controlabilidad de tales aspectos está, en sí misma, sujeta a la influencia de factores individuales. Por estas razones, las evaluaciones situacionales de control no son siempre necesariamente ciertas y, de hecho, rara vez lo son.

Langer (1975) dirigió una serie de seis estudios que perseguían entender las condiciones bajo las que se induce la ilusión de control. En cada estudio utilizó actividades completamente determinadas al azar, en presencia de estímulos asociados a situaciones que exigían habilidad. Por ejemplo, en un estudio se centró en la elección, considerada como factor importante en el rendimiento. Utilizando una lotería como vehículo, Langer predijo que serían capaces de pagar más por las papeletas aquellos sujetos a quienes se les daba la opción de elegirlos. Los resultados obtenidos apoyaron la predicción. En otro experimento, utilizó la familiaridad para inducir la ilusión de control. Los billetes de lotería podían ser familiares (letras del alfabeto escritas en fichas) o desconocidos (dibujos originales con líneas). A los sujetos se les dio la oportunidad de guardarse sus billetes originales o bien de cambiarlos por un billete de otra lotería donde había más posibilidades de ganar. De nuevo, los resultados evidenciaron que se había inducido la ilusión de control. Otros experimentos lograron inducir tal ilusión mediante conducta competitiva y participación activa y pasiva. En general, Langer encontró que cuanto más parecida es una situación de elección a otra de rendimiento, más probable es que el individuo evalúe la primera como del tipo de la segunda.

Langer (1975) ofrece tres razones por las que el individuo tiene una sensación de rendimiento (o una ilusión de control) en las situaciones en las que hay elección. La primera es que están motivados para controlar su entorno. Esta autora cita la discusión de White (1959) sobre la necesidad de competencia, el instinto de dominio de Hendrick (1943), el esfuerzo de superación de Adler (1930) y el esfuerzo por la causación personal de Charms (1968), como ejemplos del reconocimiento general de que existe una motivación para el dominio del entorno. Un dominio completo incluiría la capacidad de controlar los acontecimientos casuales. La segunda razón es la motivación para evitar las consecuencias negativas que acompañan a la sensación de falta de control. Por ejemplo, una revisión hecha por Lefcourt (1973) muestra que una percepción no verídica de control sobre un acontecimiento inminente reduce su potencial aversivo. Finalmente, Langer explica por qué el individuo adquiere una ilusión de control en las situaciones aleatorias en términos de su dificultad para discriminar entre acontecimientos controlables e incontrolables. En todas las situaciones en las que hay que ejercer un rendimiento, existe un elemento de casualidad y, en casi todas las situaciones aleatorias, existe un elemento de rendimiento. Por tanto, no es sólo que la gente no está motivada en discriminar entre condiciones de rendimiento y

condiciones aleatorias, sino que, muchas veces, existe una dificultad real en hacer tal discriminación.

La ilusión de control se refiere a las expectativas de control no realista de las situaciones aleatorias. Su contrapartida son las sensaciones de desesperanza, no justificadas objetivamente en situaciones en las que hay que ejercer un rendimiento. Un estudio hecho por Garber y Hollon (1980) sugiere que esta forma particular de desesperanza es característica de los depresivos. Garber y Hollon señalan que, aunque esta sensación ha recibido mucha atención como correlativa de la depresión (p. e., Beck, 1967; Bilbring, 1953; Klein y Seligman, 1976; Melges y Bowlby, 1969; Miller y Seligman, 1975; Seligman, 1975), no está claro si los depresivos perciben el mundo como no contingente. En ese caso, verían las situaciones en las que hay que actuar como esencialmente aleatorias, o bien verían los rendimientos como contingentes pero al margen de las respuestas de su propio repertorio. En segundo lugar, los individuos deprimidos se verían a sí mismos como desvalidos e incompetentes en situaciones en las que hay que actuar en lugar de ver la situación como incontrolable de forma universal.

Para demostrar estas interpretaciones, Garber y Hollon (1980) analizaron los cambios en las expectativas consecuentes al éxito y al fracaso en un tipo y otro de tareas, en individuos deprimidos y en no deprimidos. Se distribuyó a los sujetos en grupos de actor (ejecutor) y observador (del rendimiento conjunto). En las tareas de habilidad, que consistían en conseguir elevar una plataforma tirando de una cuerda sin dejar salir de ella una pelota, en los sujetos deprimidos hubo cambios significativamente menores en sus expectativas de éxito que en los sujetos no deprimidos. Por el contrario, ambos tipos de sujetos no difirieron al considerar la probabilidad de éxito de los demás individuos.

Estos hallazgos sugieren que los individuos deprimidos y los no deprimidos no difieren en su percepción de las tareas, sino que se distinguen en las creencias que tienen sobre sus posibles rendimientos. Los deprimidos se veían a sí mismos como más desvalidos, pero no consideraban que la situación fuera incontrolable por sí misma. Utilizando las distinciones de Bandura (1977a) entre expectativas de éxito y expectativas de resultado, los anteriores hallazgos sugieren que ambos tipos de individuos no difieren en sus expectativas de resultado; es decir, todos creen que una determinada acción producirá determinadas consecuencias. Lo que les distingue son sus expectativas de éxito.

El trabajo de Kahneman y Tversky (1971, 1973; Tversky y Kahneman, 1971, 1973, 1974), dirigido a identificar la tendencia de los procesos heurísticos a hacer predicciones y juicios bajo condiciones inciertas, es importante en el tema que nos ocupa. A veces, estos procesos producen juicios razonables y, otras, conducen a errores importantes y sistemáticos. No discutiremos ahora sobre los procesos heurísticos y las predisposiciones respect a la probabilidad subjetiva de estimación.

pero es importante recordar que la probabilidad estimada no se corresponde necesariamente con la estimación de objetividad. (Para una revisión más amplia de la predisposición a estimar subjetivamente las probabilidades y de las condiciones bajo las cuales tales predisposiciones tienen más probabilidades de inducir a error, véase Nisbett y Ross, 1980).

Está claro que cuanto más determinadas por factores personales o contingencias situacionales estén las creencias sobre el control, mayor será su papel en la determinación del grado de amenaza o desafío. Por otra parte, en la medida en que las creencias sobre el control sean generales, las evaluaciones del sujeto serán independientes de la situación. Tal como observamos anteriormente, las expectativas generales de poco o ningún control de las situaciones se asocia estrechamente con la depresión. Se ha prestado menos atención a aquellos individuos que tienen la creencia general de ser capaces de controlar la mayoría de las situaciones. Llevada a un extremo, tal creencia indudablemente también podría dar un tono característico a las evaluaciones del individuo en todo tipo de circunstancias. Una persona que poseyera tal creencia, parecería como alguien arrogante, vanidoso o posiblemente fanático. Lo importante es si las creencias de uno sean generales o específicas, ilusorias o reales en la capacidad propia para controlar un acontecimiento, influyen en la forma de evaluar tal acontecimiento y, mediante la evaluación, en la correspondiente estrategia de afrontamiento.

Creencias existenciales

Las creencias existenciales, como la fe en Dios o en otro orden natural del universo, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida a pesar de sus experiencias dolorosas.

Antes hemos comentado cómo los compromisos ayudan a mantener los esfuerzos de afrontamiento. En este sentido, los compromisos y las creencias existenciales son parecidos. Sin embargo, a pesar de esta abierta similitud, ambos son completamente distintos. Las creencias se refieren a aquello que uno piensa que es verdad, al margen de que le guste o le merezca desaprobación, mientras que los compromisos reflejan valores: es decir, aquello que uno prefiere o considera deseable (Wrubel et al., 1981). Los compromisos tienen una cualidad motivacional-emocional, pero las creencias tienen una afectividad neutra (Feather, 1975) o no contienen necesariamente componente emocional.

Esto no quiere decir que no exista una relación entre emoción y compromiso. Las creencias pueden dar lugar a la aparición de emociones estresantes, como en el caso de sostener evaluaciones amenazantes (p. e. el mundo es hostil y peligroso) y pueden utilizarse para disminuir o regular una respuesta emocional (p. e., la creencia de que existe apoyo por parte de los demás). En estos ejemplos, las creencias generan o regulan

emociones, pero no son emocionales por sí mismas, sino que se convierten en emocionales sólo cuando una situación incluye también un compromiso con un valor o con un ideal, o con una persona u objetivo, o bien cuando se encuentra amenazado el bienestar físico.

Las palabras de una prisionera de un campo de concentración nazi muestran la convergencia de creencias y compromisos que dan lugar a una convicción que sirve para mantener la esperanza y, por consiguiente, para reducir la sensación de amenaza. Quien habla es una mujer que tenía 20 años en el momento de la detención.

Yo tenía una creencia, una creencia religiosa. Estaba convencida de que todo lo malo iba a cambiar y que volveríamos a ser libres. Mi madre hizo que albergara la creencia de que quien hace las cosas correctamente no puede sufrir indefinidamente. [...] Yo sabía que para sobrevivir tenía que creer, creer que algo tan horrible no podía acabar ganando (Dimsdale, 1974, p. 793).

La frase «Yo sabía que para sobrevivir...» es clave puesto que indica un deseo de vivir; es decir, un compromiso de supervivencia. Sin él, la creencia no se hallaría investida de emoción. Uno puede estar convencido de que si hace las cosas bien será recompensado, pero a no ser que el individuo desee vivir, la creencia quedará sin efecto sobre los sentimientos.

De forma similar, la creencia en un fin superior permitió a los pacientes con lesión en la médula ósea buscar y hallar algún beneficio a las experiencias a que se vieron sometidos. A la pregunta, «por qué a mí?», la respuesta más frecuente de estos pacientes fue que Dios debía de tener alguna razón para su sufrimiento (Bulman y Wortman, 1977). Por ejemplo, un paciente respondió: «Podría ser que Él tenga alguna razón para ello. Puede ser que otra persona necesite mi pierna más que yo». Otro respondió: «Es una experiencia de la que creo que se puede aprender. Creo que Dios intenta ponerme ante situaciones en las que yo puedo aprender sobre Él y sobre mí mismo, así como sobre la ayuda de los demás» (Bulman y Wortman, 1977, p. 353).

En estos ejemplos, los individuos han resultado dañados y se han enfrentado a importantes trabas psicológicas y físicas. La presencia de tales trabas ha hecho que las experiencias se cargaran de sentido emotivo, de modo que aparecieran valores y significados superiores en circunstancias que, de otro modo, hubieran resultado insostenibles.

Las creencias específicas (p. e., en un médico, en un tipo particular de medicina, en determinado programa educativo) también puede investirse de sentido emocional y generar esperanza. El papel de las creencias específicas en los procesos de evaluación difiere del que juegan las creencias existenciales, principalmente en que las primeras son menos generales y hacen referencia sólo a situaciones específicas donde un determinado e importante aspecto psicológico y físico está en juego. Por otro lado, estas creencias específicas son afectivamente neutras y no es probable

que afecten una evaluación. Por ejemplo, una persona puede creer que un determinado médico es un excelente cirujano, tal creencia permanecerá afectivamente sin efecto hasta que la persona o algún familiar muy cercano tenga que ponerse en las manos de ese cirujano. En ese momento, la creencia de la persona en el médico ejercerá un efecto positivo que generará confianza, esperanza y, quizá logré alejar de ella la preocupación.

Los compromisos y las creencias, los dos factores personales más importantes que hemos considerado en este capítulo, pueden integrarse en un concepto más general y amplio al que muchos autores han denominado «self». Por ejemplo, Hilgard (1949) señaló que el concepto de self es un ejemplo de principio motivacional unificador de las cuestiones que hacen referencia al hombre. El self, dice Hilgard, es, en parte, una organización de los motivos y actitudes ampliamente interpersonales que son de importancia capital para el individuo, y que persiste y permanece reconocible a través de los años. Por tanto, los compromisos que caracterizan a un individuo están reflejados e implícitos en lo que los psicólogos de la personalidad llaman self. Una idea paralela a ésta es la que encontramos en la teoría del yo de Epstein (1976). Epstein, al igual que nosotros, considera las emociones como indicadores de aquello que es importante para el individuo organizado como autoteoría de sí mismo. Esto implica que, para dar sentido a la vida emocional, debemos saber lo que es importante para el individuo: es decir, el autoconcepto que organiza la forma en que el sujeto piensa y desea.

En este capítulo hemos insistido sobre todo en aquellos factores personales que contribuyen a las diferencias individuales en la evaluación y ha sido así porque debido a estos factores, las evaluaciones primarias y secundarias se basan necesariamente en las representaciones verídicas e isomórficas de lo que sucede en una situación estresante. Por consiguiente, si la evaluación de una situación permite que el individuo ponga en marcha una estrategia adaptativa, la evaluación ha sido realista. El individuo necesita fijarse en los aspectos significativos para la adaptación y evaluar las opciones de afrontamiento en relación con las demandas actuales del entorno y de sus recursos reales de afrontamiento. Una persona puede formular diversas interpretaciones de un acontecimiento, según las facetas que tenga en cuenta y de la claridad o ambigüedad de la información de que disponga para evaluar las demandas de la situación y los recursos de que dispone. Es posible que ninguna de estas muchas evaluaciones produzca un resultado adaptativo, aunque hay unos resultados que son preferibles a otros. En el capítulo 7 trataremos más ampliamente la relación entre la evaluaciones y el curso de acontecimientos y los resultados adaptativos.

Al principio de este capítulo dijimos que los factores personales y situacionales influyen de forma interdependiente en la evaluación. Es importante no perder de vista este principio porque sólo cuando el indivi-

duo percibe algo en el entorno que es importante para sus compromisos y creencias, estas características personales de las que hablamos, influirán selectivamente en la evaluación. En cierto sentido, los factores del individuo y los que hacen referencia a la situación deben unirse el uno al otro para que tenga lugar la evaluación. En el próximo capítulo trataremos ciertas características de la situación que pueden interactuar con los factores personales que hemos delimitado en éste.

Sumario

Entre los factores personales más importantes que afectan la evaluación cognitiva se hallan los compromisos y las creencias. Los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones.

Contienen también una cualidad motivacional vital. Los compromisos afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones que representan amenaza, daño o beneficio, mediante la adaptación de su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno. Influyen también sobre la evaluación mediante su efecto sobre la vulnerabilidad. Cuanto más profundo es el compromiso contraído, mayor es la probabilidad de amenaza y de desafío; sin embargo, también es cierto que la intensidad del compromiso contraído puede inducir al individuo a determinadas acciones adaptativas que pueden aportarle esperanza.

Las creencias también determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor. Muchas veces actúan a un nivel tacito y, por consiguiente, puede resultar difícil observar su influencia sobre la evaluación. Este efecto se observa con facilidad cuando se produce una pérdida súbita de creencias o bien una conversión a un sistema de creencias diferente.

Aunque muchas creencias son importantes para la evaluación, las creencias existenciales y aquellas que se refieren al control personal son las que tienen un interés particular en la teoría del estrés. Las creencias sobre el control personal pueden ser generales y situacionales. Las primeras hacen referencia al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables en general, y son las que se afectan principalmente cuando esas situaciones son ambiguas. Cuanta menos ambigüedad exista en una situación, mayor es la probabilidad de que las evaluaciones situacionales de control afecten la emoción y el afrontamiento. Este tipo de evaluaciones no se limita a las expectativas sobre el entorno, sino que también pueden referirse a las expectativas de control de las propias respuestas.

En cualquier situación estresante hay múltiples consecuencias que evaluar a partir de su controlabilidad. La mayoría de las investigaciones sugieren que evaluar una situación como controlable reduce el estrés. Sin

embargo, una evaluación de este tipo puede servir también para aumentar la sensación de amenaza si el hecho de ejercer control sobre la situación se opone al estilo habitual del sujeto, o bien representa entrar en conflicto con otros compromisos u objetivos. Según el grado en que las evaluaciones de control de la situación se basen en información incompleta y/o estén influidas por los factores personales, tendrán más o menos probabilidad de ser exactas. Sin embargo, independientemente de su exactitud, tales evaluaciones sobre el entorno y/o sobre uno mismo, influyen en la emoción y en el afrontamiento.

Las creencias existenciales permiten al individuo encontrar significado y mantener su esperanza en situaciones difíciles. Pueden ser afectivamente neutras, pero también son capaces de generar emociones cuando convergen con un compromiso importante.

Los compromisos y las creencias por sí mismos no son suficientes para explicar el proceso de evaluación. Actúan de forma independiente con los factores situacionales (que consideraremos en el capítulo 4) para determinar el grado en que se experimentará daño/pérdida, amenaza o desafío.

Capítulo 4

Factores situacionales que ejercen influencia sobre la evaluación

En los últimos años se ha entendido el gran interés por las características que hacen que los acontecimientos sean estresantes. Los esfuerzos más visibles han sido los encaminados a investigar los acontecimientos vitales, intentando medir el distinto peso que tienen sobre el sujeto (p. e., muerte del cónyuge, divorcio, incendio, daño o enfermedad personal, o jubilación), en términos de evaluar el grado de adaptación requerida (Holmes y Rahe, 1967), de deseabilidad y de anticipación o control (véanse las revisiones de Fontana, Hughes, Marcus y Dowds, 1979; Rabkin y Struening, 1976; Thoits, 1983). Las escalas que resultaron de estos esfuerzos clasifican los acontecimientos como *normativamente* más o menos estresantes; el peso asignado a un acontecimiento no se hace sólo en base a su carácter de parámetro de la población, sino que también se tienen en cuenta las preferencias individuales.

Tal como hemos insistido en anteriores capítulos, aun cuando el estímulo represente de forma clara una amenaza de tal magnitud que prácticamente todo el mundo lo considere peligroso o perjudicial, todavía habrá variaciones individuales en el grado en que tal acontecimiento sea evaluado como estresante, así como en sus efectos cuantitativos y cualitativos sobre la respuesta. Estas variaciones son debidas, sin duda, a factores individuales y determinan la importancia personal de la situación. (Véase el capítulo 10 sobre medición del estrés.) Sin embargo, hay que considerar el componente situacional de la relación individuo-entorno. Necesitamos algún método para poder evaluar aquellas propiedades de la situación que la hacen potencialmente perjudicial, peligrosa, amenazante (véase Hansell, 1982) o desafiante. El propósito de este capítulo es identificar algunas de estas propiedades.

Nuestro planteamiento de la cuestión difiere en aspectos fundamentales del de los autores que hablan de estímulos estresantes como si hubiese acontecimientos que normativamente lo son. En primer lugar,

nos ocuparemos de las propiedades formales de las situaciones que sean la posibilidad de amenaza, daño o desafío. No trataremos los aspectos esenciales que hacen referencia a la clase de situación (p. e., ser valorado o desaprobado, situación de divorcio, muerte, pérdida del trabajo o traslado). Segundo, no formaremos una escala sistematizada de propiedades atendiendo a su capacidad estresante. El grado en que un acontecimiento es estresante viene determinado por una confluencia de factores personales y situacionales. Sin embargo, al identificar las características formales de la situación, esperamos poder proporcionar una taxonomía de aquellas propiedades que son especialmente relevantes para los factores personales que hemos considerado y, por tanto, para los procesos de evaluación determinantes de amenaza, daño o desafío.

En primer lugar consideraremos la novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre y, más tarde, pasaremos al análisis de los tres factores que hacen referencia al tiempo: inminencia, duración e incertidumbre temporal. Por último, discutiremos la ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital.

Novedad de la situación

Los seres humanos se encuentran, de forma inevitable, en situaciones que les resultan nuevas, refiriéndose con ello a aquellas situaciones en las que no se dispone de experiencia previa. Si una situación es completamente nueva y no hay ningún aspecto de ella que se haya relacionado psicológicamente con daño, no dará lugar a una evaluación de amenaza. Igualmente, si no hay ningún aspecto de la situación que se haya relacionado previamente con dominio o victoria, tampoco dará lugar a una evaluación de desafío. Los contactos previos con el daño o la ganancia no tienen que haber sido necesariamente directos; el individuo puede haber visto, leído o inferido de cualquier otra forma las características relevantes de la situación, de modo que éstas puedan dar lugar a una evaluación amenazante o desafiante. En otras palabras, una persona no necesita haber sufrido una intoxicación para saber que hay setas venenosas. La información obtenida a partir de sus relaciones o a través de sus lecturas es suficiente para que pueda relacionar la planta con el peligro. Sin embargo, si el individuo no tiene experiencia con las setas venenosas, ya sea directa o indirectamente, probablemente las considerará benignas por su aspecto cromático y, quizás, incluso se le ocurra llevarse unas cuantas a casa. Por el contrario, haber oído que las setas venenosas son de colores puede hacerle sospechar de todas las setas que no sean grises. En este ejemplo, la combinación de novedad e información inadecuada, genera una evaluación que lleva a generalizar de forma incorrecta.

La mayoría de las situaciones no son completamente nuevas sino que

ciertos aspectos resultan familiares y guardarán parecido con acontecimientos de otra clase. Incluso en la situación más nueva, los estímulos recibidos serán procesados a través de sistemas previos de conocimiento esquematizado y abstracto, en un esfuerzo de comprensión (Nisbett y Ross, 1980). Este «conocimiento general» (Schank y Abelson, 1977) permite al individuo entender e interpretar la conducta de los demás simplemente porque la otra persona tiene ciertas necesidades típicas y vive en un mundo con ciertos métodos típicos de cubrir tales necesidades. Excepto en circunstancias extremas donde la experiencia previa de uno apenas tiene valor (p. e., una detención en un país enemigo con otro idioma y del que se desconoce las creencias, los valores, las costumbres y las leyes), la novedad absoluta es muy rara. Generalmente, el individuo dispone de ciertas bases para inferir el significado de una situación con la que no se había enfrentado anteriormente. Por tanto, probablemente sea más útil pensar en la novedad como una característica de las situaciones más bien relativa que absoluta (cf. Berlyne, 1960).

Como hemos mencionado anteriormente, una situación nueva resulta estresante sólo si existe una asociación previa con el daño, el peligro o el dominio. En este caso, la novedad por sí misma puede convertirse en una fuente de amenaza. Por consiguiente, una situación nueva es ambigua dependiendo de lo claro que le resulte al individuo su significado o importancia. Cuanto mayor sea la inferencia requerida, mayor es la probabilidad de error en la interpretación. Si el individuo es consciente de la mayor posibilidad de error que acompaña a la interpretación de una situación nueva y ambigua, probablemente experimentará un alto grado de incertidumbre y de amenaza. Discutiremos la ambigüedad, la incertidumbre y la amenaza más adelante, en este mismo capítulo.

Aunque el conocimiento general pudiera ser suficiente para interpretar un acontecimiento nuevo, podría resultar inadecuado para su correcto afrontamiento. Sin una experiencia directa o vicaria previa a las demandas de la situación, puede no existir la oportunidad de desarrollar los recursos de afrontamiento específicamente necesarios para tratar tales demandas (véase el capítulo 6). La conciencia de este déficit de recursos para afrontar la situación aumentará también la amenaza.

Predictibilidad

La predictibilidad ha sido uno de los temas principales en las investigaciones realizadas sobre el estrés, especialmente en los estudios experimentales con animales. La predictibilidad implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Los investigadores han sustituido a veces la palabra señalización por estimulación nociva predecible, pero el significado es el mismo y se refiere al mismo tipo de aviso de que algo doloroso y dañino ocurrirá.

Weinberg y Levine (1980) hicieron una revisión de la extensa literatura que trata del papel de la predictibilidad para promover o reducir el estrés en los animales; concluyeron que los hallazgos que se han obtenido son complejos y confusos. Hay gran evidencia de que la descarga predecible es menos aversiva que aquella que se recibe sin previo aviso. Un ejemplo sería el estudio realizado por Badia y Culbertson (1970) sobre la respuesta emitida por las ratas en un laboratorio donde la descarga podía evitarse apretando una barra. Las ratas que se hallaban en la zona en que había señal de aviso apretaban la barra con mucha menor frecuencia y se apartaban de la barra con más libertad que las ratas que se hallaban en la zona en que no se avisaba. Si se les permitía elegir, las ratas preferían la zona con señal de aviso, aun cuando la descarga era igualmente inevitable y tampoco podían escapar de ella. En otros estudios con animales (Badia, Culbertson y Harsh, 1973), estos prefirieron la descarga señalizada a pesar de que era dos o tres veces más intensa y duraba entre cuatro y nueve minutos más que la descarga sin señal de aviso. Lo que demuestran, sobre todo, estos estudios con organismos infrahumanos como ratas, pichones y peces, es la preferencia por los estímulos predecibles (generalmente, descargas): los sujetos prefieren los estímulos señalizados aunque sean más largos, fuertes e intensos que los que no se señalizan (véanse las revisiones de Badia, Harsh y Abbott, 1979).

Una explicación de esta preferencia es que el hecho de que el estímulo venga precedido de una señal permite la posibilidad de afrontamiento anticipatorio lo cual es, en esencia, la hipótesis de la respuesta preparatoria. Esta teoría dice que un aviso proporciona la información que permite a los sujetos prepararse de alguna forma; por consiguiente, se reduce la capacidad aversiva del agente estresante (p. e., Perkins, 1968).

Otra explicación alternativa es la ofrecida por la hipótesis de la señal de seguridad, que sugiere que el hecho de ser avisado informa a los sujetos de cuándo están a salvo del agente estresante. Este conocimiento podría resultar útil porque proporciona periodos en los que es posible relajarse. Ambas hipótesis parecen implicar otros dos factores en la explicación de los efectos de la predictibilidad: el control sobre el entorno y el feedback que permite saber lo que puede o no hacerse y sobre la existencia o no de contingencias.

Weinberg y Levine (1980) comentaron que el control y la predictibilidad se hallan estrechamente interrelacionados y muchas veces son confundidos en los trabajos de experimentación. Es decir, el sujeto no sólo puede predecir el estímulo aversivo sino que también puede controlarlo, aunque esto último no pueda ser identificado por el investigador como un parámetro a estudiar. Uno no puede controlar una situación que no es predecible; sin embargo, puede existir predictibilidad sin que exista control, como cuando no se puede influir sobre la aparición o no de la descarga ni sobre su intensidad. Cuando los animales de experi-

mentación prefieren las condiciones en las que el estímulo es predecible, no es posible afirmar si se debe al control proporcionado o bien al hecho de que la señalización ofrezca alguna otra forma de acabar con el estímulo, tal como queda implicado en la hipótesis de la señal de seguridad.

La existencia de un feedback sobre los efectos de la respuesta ha sido demostrada por Weiss (1971) y otros investigadores (p. e., Coover, Ursin y Levine, 1973). Su efecto es el de mejorar las respuestas al estrés en los animales, hasta el punto de disminuir la aparición de úlceras gástricas y la actividad hipófiso-córtico-adrenal. De hecho, Weinberg y Levine (1980) sugieren que la predictibilidad de un estímulo aversivo puede reducir el estrés, sólo cuando el feedback sobre el entorno se obtiene a partir de la respuesta del animal. Por ejemplo, un animal es capaz de «sentirse seguro» (hipótesis de la señal de seguridad) cuando existe alguna señal de descarga que prediga periodos libres de descarga (cf. Seligman, 1968). Weinberg y Levine (1980) dicen:

... parece que la predicción de seguridad es más importante en términos de reducir las respuestas al estrés de un animal que la predicción de descarga. Puede ser que la descarga señalizada sea preferible y cause menos estrés sólo cuando las contingencias entre aviso y descarga sean tales que el sujeto tenga un periodo de seguridad identificable y pueda, por consiguiente, relajarse durante esos intervalos entre dos descargas. Si los parámetros de trabajo son tales que proporcionan una señal que predice exactamente la descarga pero sólo proporcionan algo de feedback (información) sobre la seguridad del sujeto, entonces la descarga así predicha queda asociada a una mayor aversiva (p. 56).

Levine y sus compañeros (p. e., Levine, Goldman y Coover, 1972) también han demostrado que después de que los animales de experimentación han aprendido a esperar comida o agua, si tales sustancias reforzadoras desaparecen o se les impide consumirlas, existe un marcado incremento de corticosteroides en el plasma, hasta un punto comparable al de reacciones ante otros acontecimientos nocivos. Cuando se permite a los animales que vean la comida o el agua, pero se les impide consumirla, existe, sin embargo, una rápida supresión de la actividad hipófiso-adrenal. Por tanto, Levine sugiere que cuando las expectativas desaparecen porque no se obtiene el objeto esperado —es decir, cuando se pierde la predictibilidad—, se genera una respuesta corticosteroide al estrés hasta que aparece otro grupo de expectativas nuevas. En una palabra, pasar de la predictibilidad a la impredecibilidad es altamente estresante y pone en marcha la actividad hipófiso-cortico-suprarrenal, mientras que las condiciones ambiguas en donde no se violan las expectativas, no hay un aumento en la secreción hormonal.

Aun que las teorías e investigaciones sobre predictibilidad y estrés en animales han generado hipótesis interesantes y descubrimientos relativamente sólidos, el modelo animal no es suficiente para permitirnos entender la psicología humana. Los estudios con animales no tienen en

cuenta las diferencias individuales en cuanto a la forma de comprender o responder a la situación. Tales diferencias pueden que no sean importantes en animales, cuyo repertorio cognitivo y conductual es limitado, pero son de crucial importancia en los estudios con seres humanos.

La historia de la investigación sobre desesperanza aprendida («learned helplessness»), que describimos en el capítulo 1, proporciona buenos ejemplos de las limitaciones de los modelos animales para explicar el estrés en los seres humanos. El concepto de desesperanza aprendida se desarrolló en el laboratorio con perros y otros animales para explicar por qué los animales que habían sido previamente expuestos a descargas eléctricas incontrolables no intentaban evitar descargas posteriores, aun cuando tuvieran posibilidad de hacerlo (Overmaier y Seligman, 1967; Seligman y Maier, 1967). Cuando el modelo se aplicó a seres humanos, se pusieron de relieve importantes e insospechadas diferencias individuales en la respuesta; no todos los sujetos se volvieron pasivos y deprimidos después de haberse enfrentado a condiciones incontrolables. Desde entonces, el modelo ha sido reformulado para incluir en él la mediación cognitiva y así poder explicar estas diferencias individuales en la respuesta (p. e., Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Garber, Miller y Abramson, 1980). Las nuevas versiones cada vez se parecen menos al modelo original basado en la experimentación animal.

Incertidumbre del acontecimiento

Para ayudar a distinguir nuestro modelo cognitivo de investigación de los modelos animales, utilizamos el término incertidumbre del acontecimiento más que predictibilidad para discutir cómo la probabilidad de que ocurra un acontecimiento influye en su evaluación. El término incertidumbre introduce la noción de probabilidad. Por ejemplo, puede informarse a alguien de que hay un 15% de probabilidades de que un tumor se reproduzca de nuevo, un 85% de probabilidades de que llueva y un 20% de probabilidades de ser admitido en una facultad determinada. Este tipo de información generalmente es tratada como una propiedad del estímulo. Sin embargo, como observamos en el capítulo 3, la probabilidad subjetiva de estimación a menudo difiere de las probabilidades objetivas del suceso debido a la utilización que de los procesos heurísticos hace el individuo (Kahneman y Tversky, 1971, 1973; Parker, Brewer y Spencer, 1980; Tversky y Kahneman, 1971, 1973, 1974). Estos procesos heurísticos hacen juicios de probabilidades sobre los acontecimientos casi tanto en base a las propiedades del individuo como a las de la situación.

Las investigaciones en el laboratorio sobre la incertidumbre de un acontecimiento en seres humanos, generalmente examinan los efectos de

varios niveles de certeza sobre indicadores psicológicos de *arousal*, utilizando los niveles de probabilidad real de alguna condición nociva, como una descarga eléctrica. La segunda hipótesis es que existe una relación curvilínea entre certeza y *arousal*, cuyo punto más alto coincide con la incertidumbre máxima (p. 50). En estos diseños experimentales, generalmente se considera el *arousal* como una señal de miedo y/o amenaza.

Estudios realizados por Epstein y Roupinian (1970), Deane (1969) y Elliot (1969) indican que lo que se da con mayor frecuencia es exactamente lo contrario de la primera hipótesis. Estos autores encontraron que el *arousal* era más alto en aquellas condiciones en las que la certeza de descarga era más baja. Epstein y Roupinian piensan que esto se debe a que la probabilidad subjetiva estimada no se corresponde con la probabilidad objetiva. Los sujetos del grupo de expectativas del 50% hicieron comentarios espontáneos de que la probabilidad de descarga era lo suficientemente alta como para asumir que realmente iba a aparecer. Esta estrategia reducía la ansiedad y les permitía esperar sólo sorpresas agradables. En efecto, estos sujetos aumentaron sus estimaciones de descarga desde un 50% objetivo a un 95% subjetivo. Más tarde, Epstein y Roupinian especulan que los sujetos pertenecientes al grupo de un 5% de expectativas de descarga también aumentaron su nivel de probabilidad subjetiva —incertidumbre máxima— hasta el 50%, mediante pensamientos tales como «con una probabilidad del 20% es cierto que no sufriré la descarga eléctrica pero, ¿qué pasa si la sufro?» (p. 26). Por consiguiente, ni se resignaban a padecer la descarga ni abandonaban la duda de que se produjera. Monat, Averill y Lazarus (1972) replican el experimento anterior, observaron que las condiciones objetivas del 5, 50 y 100% de probabilidades no influían de manera diferente en los cambios apreciados en la frecuencia cardíaca, la conductancia de la piel o la tensión referida por los propios sujetos. Sin embargo, la mayoría de ellos eligieron la condición de certeza del 5% como la mejor y la de certeza del 100% como la peor.

Por otro lado, Gaines, Smith y Skolnick (1977) hallaron cierta la hipótesis de que el *arousal* (la frecuencia cardíaca) aumentaría conforme aumentara la certeza de estímulo aversivo, pero sólo en aquellos sujetos independientes de campo (p. e., aquellos cuya percepción está menos sujeta a las influencias del entorno; véase el capítulo 5). Por el contrario, los sujetos dependientes de campo se mostraron casi tan activados en las condiciones del 5% de probabilidad como en las del 95%. Se dijo que las personas independientes de campo eran más capaces de analizar y estructurar un entorno que las dependientes de campo, lo que explicaría las diferencias halladas.

Si los factores dependientes del estímulo por sí solos producen estimulación, la hipótesis intuitiva de que el *arousal* y la estimulación (p. e., la amenaza) está en función del grado de certeza o de incertidum-

bre quedaria indudablemente reforzada: cuá lto más probable sea un acontecimiento más amenazante resulta. Sin embargo, los estudios que hemos citado antes, indican claramente que los factores dependientes del estímulo por sí solos no predicen el aumento de arousal e igualmente demuestran la importancia de considerar los estímulos en relación con los factores relevantes del individuo y de sus estrategias de afrontamiento.

La segunda hipótesis intuitiva —que existe una relación curvilínea entre certeza y arousal— fue aceptada y demostrada en las investigaciones de Epstein y Roupénian. Teórica y experimentalmente apoyan la idea de que el acontecimiento incierto *per se* puede ser una fuente de ansiedad y de tensión.

Freud (1920) y otros investigadores han distinguido ansiedad de miedo, atribuyendo a la primera un origen desconocido. Berlyne (1960) relaciona directamente incertidumbre y conflicto y, por consiguiente, incertidumbre y elevación de arousal. Fiske y Maddi (1961) afirman, como proposición básica, que existe una relación directa entre expectación e impacto producido por el estímulo. Las posiciones anteriores sugieren que la incertidumbre de recibir un estímulo nocivo produce un aumento de la ansiedad causada por la anticipación de recibir tal clase de estímulo. Este punto de vista se halla reforzado por gran número de estudios en los que se han introducido variaciones de una forma u otra en el parámetro incertidumbre (cf. Berlyne, 1960; Deane, 1969; Elliot, 1966; Haggard, 1943; Zeaman y Smith, 1965). (Epstein y Roupénian, 1979, p. 21.)

Esta hipótesis, igual que las otras, dio lugar a hallazgos contradictorios. Por ejemplo, en un estudio (Gaines *et al.*, 1977) se asoció la incertidumbre máxima (la condición de 50% certeza-no certeza) al nivel más bajo de arousal (sólo en los sujetos dependientes de campo).

Es posible, como sugieren Epstein y Roupénian, que exista una tendencia general a aumentar las probabilidades subjetivas; por ejemplo, una probabilidad del 5% se transforma subjetivamente en una del 50%, y una del 50% se transforma en una probabilidad subjetiva del 95%. De hecho, existe evidencia experimental de tales transformaciones psicológicas.

Sin embargo, nosotros nos inclinamos a pensar que las circunstancias naturales de incertidumbre máxima son muy estresantes, cuando no el máximo de estresantes. La mayoría de estudios sobre este aspecto del acontecimiento se han llevado a cabo en el laboratorio y, generalmente, con estudiantes de psicología. Aun cuando los sujetos estuvieran pendientes de los ruidos altos y de las descargas, sabían que las consideraciones éticas limitan el grado de daño real que puede producirse en el área de laboratorio. Además, excepto aquellos estudiantes escépticos y/o muy versados en la experimentación, que pueden dudar de las explicaciones e instrucciones que se les dé, la mayoría de los sujetos tienen pocas razones para no creer que el estímulo vaya a aparecer. Estas condiciones limitan la incertidumbre de los acontecimientos producidos en los experimentos de laboratorio y, por consiguiente,

mitigan los efectos amenazantes de esta característica. Más aún, se ha prestado poco interés a lo que puede ser el proceso mediador más importante que afecta al arousal o al estrés: la forma en que el individuo afronta el trastorno que le ocasiona la incertidumbre.

La incertidumbre de un acontecimiento en la vida real tiene un potencial mucho mayor de creación de estrés psicológico que su réplica en el laboratorio. La mayoría de los acontecimientos de la vida real son mucho más complejos que los que se originan de forma experimental y existen más facetas de las que se evalúan en la configuración del entorno. Además, la fiabilidad o aplicabilidad de las probabilidades de aparición de un acontecimiento son muchas veces cuestionables. Las predicciones previas inexactas y la falta de fe en la fiabilidad de los instrumentos o en el individuo que está haciendo la predicción, son algunas de las razones por las que las probabilidades propuestas no son necesariamente creíbles (cf. Breznitz, 1967; Janis y Mann, 1977; Nisbett y Ross, 1980). Y lo más importante de todo es que los acontecimientos en la vida real están mucho más cargados de significado que los estresantes experimentales. Aun la discusión más simple en la realidad, hace sombra a su equivalente en el laboratorio en términos de consecuencias a corto y largo plazo. Cuando se considera los acontecimientos mayores, no existe comparación posible en cuanto a sus implicaciones para el bienestar.

Quizás el papel jugado por la incertidumbre del acontecimiento en la amenaza se ponga más de manifiesto en los casos de enfermedad física e incapacidad. Por ejemplo, Moos y Tsu (1977) y Cohen y Lazarus (1979), en sus amplias revisiones de los estudios en los que se analiza la forma en que la gente afronta el estrés de la enfermedad, citan la incertidumbre como un obstáculo adaptativo mayor. Magos y Mendelsohn (1979), en su discusión sobre los efectos del cáncer en la vida de los pacientes, tratan el problema cognitivamente:

... uno de los principales problemas planteado por el cáncer es que el paciente no puede estar seguro durante muchos años de que su proceso se haya resuelto. Este problema [...] no sólo incluye un único acontecimiento o una serie de acontecimientos bien delimitados en el tiempo, sino que genera unas condiciones continuas e incesantes de incertidumbre sobre los acontecimientos futuros potencialmente desastrosos y escasamente predecibles (p. 259).

Encontramos otros ejemplos entre las mujeres cuyos maridos desaparecieron en combate. Estas mujeres sufren profundas dudas y frustraciones debidas al hecho de no saber si sus maridos están vivos o muertos. Hunter (1979) afirma que los disgustos no resueltos, efectivamente, pueden impedir a uno continuar viviendo. La ambigüedad de su estado civil dificulta a estas mujeres su inclusión en grupos sociales o el desarrollo de su propia vida social; mientras esperan o confían en que sus maridos volverán, les resulta difícil tomar decisiones sobre su vivienda, su empleo y la educación de sus hijos.

F
Hunter y sus colegas se ocuparon también de las mujeres cuyos maridos habían muerto en combate o eran prisioneros de guerra. Compararon cuatro muestras de esposas de soldados y oficiales de la marina: un grupo control cuyos maridos habían vuelto después de haber estado activos durante la guerra de Vietnam, un grupo de esposas de muertos en combate (esposas MEC), un grupo de esposas de prisioneros de guerra (esposas PDG) y un grupo de esposas de desaparecidos en combate (esposas DEC). Se hizo la predicción de que la adaptación aumentaría a medida que disminuyera la incertidumbre, siendo más alta en las esposas cuyos maridos habían vuelto, seguidas de las esposas cuyos maridos habían muerto (MEC), de las que sus maridos eran prisioneros de guerra (PDG) y, por último, por las esposas de los desaparecidos en combate (DEC). Las comparaciones entre los grupos, en cuanto a indicios de salud física y emocional cuatro años después de que los prisioneros de guerra fueran puestos en libertad, apoyaron la hipótesis previa. A mayor incertidumbre, menor adaptación. Entre las esposas de los desaparecidos en combate, aquellas que actuaron con mayor seguridad «haciendo desaparecer definitivamente a sus maridos» y ocupando su papel, se adaptaron mejor que las que no lo hicieron.

Una de las razones más importantes por las que la incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresante en la vida real es que tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio. Las estrategias de afrontamiento para anticipar la aparición de un acontecimiento son generalmente incompatibles con aquellas que anticipan la no aparición del acontecimiento. Por ejemplo, una de las tareas adaptativas para afrontar la enfermedad o las incapacidades como pérdida de la visión, del habla o de una parte del cuerpo, es el conocimiento y la aflicción por tales pérdidas (Mages y Mendelsohn, 1979; Moos y Tsu, 1977). Al mismo tiempo, los nuevos procedimientos médicos dan esperanza a los pacientes; por tanto, éstos deben prepararse para la pérdida permanente de una función mientras, por otro lado, mantienen la esperanza de que tal función podrá ser recuperada. Bajo estas condiciones, es difícil mantener ambas formas de acción.

Otro factor que dificulta muchas veces la preparación para resultados alternativos, cuando no la hace imposible, es la confusión mental que puede resultar después de haber considerado primero una posibilidad y después otra. Cuando no se puede decidir sobre una pauta de acción y la conclusión a la que se ha llegado resulta inutilizable, puede producirse miedo, preocupación excesiva, pensamiento obsesivo y, finalmente, ansiedad (cf. Breznitz, 1971). La ansiedad intensa (amenaza) es capaz, por sí misma, de interferir con el funcionamiento cognitivo dificultando aún más el afrontamiento. En una palabra, el hecho de no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado, puede dar lugar a un dilatado proceso de evaluación y reevaluación que genere pensamientos, sentimientos y conductas conflictivas que, a su vez, crean senti-

mientos de desesperanza y, finalmente, confusión. Aceptamos que cuanto más cargado de significado esté un acontecimiento, mayor probabilidad existe de que estos efectos se den con intensidad, por lo menos hasta el punto en que no son controlados por procesos cognitivos de afrontamiento, tales como las defensas.

Factores temporales

McGrath (1970) y Appley y Trumbull (1967) señalan que el tiempo puede ser uno de los parámetros más importantes de las situaciones estresantes, a pesar de que ha sido uno de los aspectos más olvidados en las investigaciones sobre el estrés. En este apartado nos ocuparemos de como los factores temporales —la inminencia, la duración y la incertidumbre— influyen en las evaluaciones de amenaza y desafío.

Inminencia

La inminencia es un concepto que hace referencia al tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento; es el intervalo durante el que éste se anticipa. Generalmente, cuanto más inminente es un acontecimiento, más intensa resulta su evaluación, especialmente si existen señales que indiquen daño, peligro o bien posibilidad de dominio o ganancia. Sin estas señales, no es probable que el factor inminencia influya en la evaluación. Cuanto menos inminente sea un acontecimiento en el que se den tales tipos de señales, el proceso de evaluación se hará menos urgente y más complejo.

Janis y Mann (1977) examinan el papel de la inminencia dentro del contexto de los procesos de toma de decisión en los que hay intereses en juego. Estos autores afirman que la calidad de la decisión tomada depende de la respuesta que se dé a la pregunta «¿Hay tiempo suficiente de indagar cuidadosamente para lograr una adecuada evaluación de la información?» (p. 59). Si la respuesta a esta pregunta es sí, «es probable que, antes de elegir una alternativa, el individuo indague en la información y sopesé cuidadosamente todo aquello que vaya descubriendo sobre los pros y los contras de cada una de ellas» (p. 75). Esta es una característica típica de las tomas de decisión de alto nivel.

Por otro lado, si el individuo decide que no tiene tiempo suficiente para analizar cuidadosamente la información de que dispone:

... manifestará un alto grado de estrés psicológico. Se preocupará desesperadamente por la amenaza del daño que le espera si cree que la inminencia del cumplimiento de un plazo límite le impide realizar un análisis adecuado para encontrar una buena solución, sabiendo además que se producirán rápidamente toda una serie de consecuencias indeseables de una clase u otra (p. 74).

Como consecuencia, el individuo utiliza un estilo hipervigilante para tomar la decisión. En este modelo el sujeto se vuelve

obsesionado con pesadillas sobre toda clase de cosas horribles que podrían sucederle, sin darse cuenta de la evidencia de que es improbable que tales cosas ocurran realmente. El sujeto se halla constantemente pendiente de iniciar la acción para evitar el daño catastrófico. De forma superficial indaga la alternativa más obvia que se le presenta y puede luego recurrir a una forma de acción poco elaborada, eligiendo precipitadamente aquella que parezca significar la promesa de escapar del peligro. Actuando de esta forma, puede pasar por alto otras consecuencias graves, como importantes castigos que puede sufrir por dejar de cumplir un compromiso previo (p. 74).

Janis y Mann no comentan lo que ocurre cuando el plazo límite se halla todavía lejos. Por ejemplo, ¿existe tiempo óptimo, que en caso de excederse, conducirá a la reducción de la vigilancia y a la toma de decisiones más pobres? Janis y Mann suponen que la toma óptima de decisiones requiere de un cierto grado de *arousal*. Parece razonable pensar que si un plazo límite se halla distante, el nivel de *arousal* necesario para el análisis vigilante de la información y la evaluación no sería inicialmente lo suficientemente alto para estimular la vigilancia o decaería después de un período inicial, reduciendo por tanto la calidad del proceso decisorio. Janis y Mann aplicaron en un principio su modelo a las situaciones de emergencia y, más tarde, lo extendieron a todas las decisiones de importancia. Dados los orígenes de su modelo, es incomprensible que Janis y Mann se fijaran en la cuestión de haber o no suficiente tiempo para una buena decisión. Sin embargo, ¿sería interesante considerar la cuestión «¿Puede haber demasiado tiempo?».

La disminución de la inminencia, es decir, el aumento de los periodos de tiempo previos a un acontecimiento, puede representar una mayor complejidad en los procesos de evaluación porque, como veremos más adelante, mientras que los largos intervalos previos a un acontecimiento a veces pueden llevar a un grado intenso de amenaza, también pueden producir su disminución.

Los estudios de Breznitz (1967, 1971) y Nomikos y sus colaboradores (1968) aportaron luz a esta cuestión. Breznitz (1967) utiliza el concepto de «incubación de amenaza» para explicar este fenómeno. Observó que cuando se amenaza a los sujetos con descargas eléctricas intensas después de transcurridos 3, 6 y 12 minutos, cuanto más largo era el intervalo, mayor era la aceleración cardíaca previa a la descarga. Breznitz (1971) afirma que el grado de amenaza no viene producido directamente por la cantidad de tiempo anticipatorio sino, más bien, por el proceso de participación que el individuo incuba en ese tiempo.

Breznitz (1971) ha referido un estudio confirmativo de esta idea de incubación de la amenaza utilizando un método proyectivo en el que se pedía a los individuos que se situaran a sí mismos en otro lugar y en la piel de otra persona. Se presentó a los sujetos un supuesto en el que una

persona se encuentra esperando que llegue otra. Esta otra persona, que llega tarde, se halla muy cerca de la que está esperando. Se dio a los sujetos una lista de 14 pensamientos posibles que incluía cuatro categorías de respuesta: el otro llegará pronto; el otro no puede venir; el otro no quiere venir; agresión hacia el otro. Lo que debían hacer era elegir los pensamientos que les parecieran más adecuados y escribirlos en el orden en que fueran apareciendo en la mente del sujeto que espera. Para demostrar la incubación de la amenaza, era preciso que los ítems más negativos aparecieran después de los menos negativos; en otras palabras, «a medida que el proceso de implicación va teniendo lugar, los sujetos avanzarían a partir de diversas dimensiones hasta llegar a los pensamientos más pesimistas» (p. 276). Los hallazgos obtenidos en las cuatro dimensiones de respuesta apoyaron la idea de la incubación. «A medida que va apareciendo la preocupación, los sujetos participan cada vez más en el trabajo asignado y eligen los ítems con implicaciones más negativas» (p. 276).

En un experimento de laboratorio realizado por Nomikos y sus colaboradores (1968) sobre las reacciones psicológicas a la amenaza inducida por la visión de una película, se demostró también que el aumento en la sensación de amenaza percibida estaba en función del tiempo anticipativo. El filme proyectaba tres accidentes ocurridos en una serrería. En uno de ellos resultaban lacerados los dedos de un operario; en el segundo, uno de ellos perdía un dedo y, en el tercero, un espectador inocente resultaba muerto por un tablero de madera que estaba siendo cortado por la mitad. A los sujetos experimentales se les inducía la anticipación de los dos últimos accidentes mediante *flashback* y suspense.

Se hicieron dos versiones de la película al filmar las escenas de uno de los tres accidentes. En la versión anticipativa más larga, llamada «suspense», se les dio a los sujetos entre 20 y 26 segundos para esperar los accidentes; en la versión más corta, llamada «sorpresa», los periodos de espera se redujeron a 4 y 7 segundos. Al comparar los efectos del estrés de las dos versiones, se obtuvieron dos hallazgos importantes: primero, el grado de respuesta al estrés (aumentos de la frecuencia cardíaca y la conductancia de la piel) fue mucho mayor en las condiciones de suspense que en las de sorpresa; segundo, prácticamente todo el impacto psicológico de la película quedó limitado al periodo anticipativo de la película. La respuesta ya había disminuido en el momento en que llegaban las imágenes de la mutilación real y del horror en las caras de las víctimas y de los espectadores.

Aunque los experimentos anteriores indican que el tiempo aumenta la amenaza, una mayor cantidad de tiempo también le brinda al individuo la oportunidad de «repensar» y reevaluar la situación, así como la posibilidad de desarrollar muchos mecanismos de afrontamiento mediante los cuales reducir o vencer la amenaza. En tales casos, la mayor

cantidad de tiempo anticipativo se asocia con reacciones *menos* intensas y no más. Por ejemplo, el estudio de Nomikos y sus colaboradores (1968) sobre intervalos anticipativos muy breves, de menos de medio minuto, no proporcionaban oportunidad al individuo de movilizar sus recursos de afrontamiento. Quizá la relación positiva entre anticipación y reacción de estrés se habría invertido si los periodos de tiempo hubieran sido más largos. Esta posibilidad fue analizada por Folkins (1970), quien formó varios grupos de sujetos a los que hizo esperar una descarga eléctrica durante distintos periodos de tiempo: 5 segundos, 30 segundos, 1 minuto, 3 minutos, 5 minutos o 20 minutos. Halló que aunque el daño objetivo (descarga eléctrica) era constante, habían marcadas diferencias en los niveles automáticos y subjetivos de trastorno asociado con los intervalos anticipativos. Como cabía esperar del estudio anteriormente citado de Nomikos y sus colaboradores (1968), el nivel de reacción al estrés aumentó de la espera breve de 5 segundos a la de 30 segundos, alcanzando su grado máximo en el grupo que tuvo que esperar 1 minuto a que se produjera la descarga. Sin embargo, la reacción descendió acentuadamente en los grupos que esperaron 3 y 5 minutos para volver a ascender ligeramente a los 20 minutos.

Folkins interpretó estos hallazgos como que con sólo 5 segundos había poca oportunidad para que los sujetos comprendieran la naturaleza del daño inminente; por tanto, el nivel de estrés fue mínimo. Con periodos de anticipación ligeramente más largos (de 30 segundos a 1 minuto), había ya tiempo suficiente para comprender el significado de la amenaza pero no tanto como para poder desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento. El resultado eran reacciones de impotencia parecidas al pánico. Entre 3 y 5 minutos para evaluar la situación, los sujetos podían desarrollar más fácilmente respuestas de afrontamiento para ponerse a salvo y, por tanto, mostraban menos estrés. Los informes de los sujetos sobre los pensamientos generados durante el experimento vinieron a confirmar esta hipótesis. Pero, ¿qué hay del intervalo de 20 minutos en el que se producía de forma característica otro aumento de *arousal*? Quizá se producía un aumento por la molestia de tener que estar sentado y obligado a no hacer nada; quizá la larga espera sirvió como señal inquietante de que algo importante, quizá doloroso, iba a ocurrir, en cuyo caso los pensamientos tranquilizadores serían finalmente rechazados.

Rakover y Levita (1973) examinaron la relación entre tiempo de anticipación y *arousal* utilizando reforzamiento en lugar de estímulos aversivos. Encontraron una relación lineal entre tiempo de anticipación y frecuencia cardíaca. Los hallazgos de estos autores plantean una cuestión interesante sobre las evaluaciones de desafío y de amenaza. Al establecer una tarea por la que los sujetos eran premiados y no castigados, quizás originaron una situación *desafiante*. Con anterioridad

(véase el capítulo 2) hemos definido el desafío como una evaluación estresante en la que predomina la oportunidad de dominio o de victoria, pero en la que también hay cierto grado de riesgo. Sin embargo, si la amenaza asociada con el riesgo es mínima, el individuo apenas tendrá motivo para emplear estrategias defensivas para regular la actividad emocional y cognitiva. Sugerimos que la relación lineal resultante entre tiempo y *arousal* representa una manifestación psicológica de un modelo vigilante de afrontamiento que tiene lugar en las evaluaciones *desafiantes*. Por otro lado, las evaluaciones de amenaza producen una mayor complejidad en el afrontamiento —por ejemplo, tanto estrategias de evitación como vigilantes—, tal como queda demostrado en la relación curvilínea entre tiempo y *arousal* hallada por Breznitz y Folkins. En otras palabras, el desafío y la amenaza tienen sus propios modelos de afrontamiento pero estos modelos sólo pueden observarse cuando el acontecimiento está lo suficientemente lejos como para permitir que se produzcan los procesos de evaluación-afrontamiento-reevaluación y cuando se intentan examinar los cambios ocurridos a través del tiempo.

El estudio de Mechanic (1962) sobre estudiantes preparando sus exámenes de doctorado, proporciona un ejemplo de la vida real de la complejidad cognitiva desarrollada en los procesos de evaluación cuando existe un intervalo relativamente largo de anticipación del acontecimiento. Igual que en los estudios de laboratorio citados con anterioridad, existe un modelo curvilíneo de aumento de *arousal* debido a la amenaza que aparece a medida que el acontecimiento se hace inminente. Los estudiantes sintieron la primera ola de ansiedad durante el primer año, mientras podían observar cómo los alumnos de segundo curso se preparaban para los exámenes de grado. La ansiedad era debida principalmente a la «socialización del examen» como función de lo observable que resultara para los alumnos más jóvenes el estrés experimentado por los que se preparaban para el examen y de los comunicados de la facultad sobre los exámenes que corroboraban su importancia. Sin embargo, después de la exposición inicial a la situación y debido a las demandas de otros trabajos, el examen se hizo menos importante y la ansiedad disminuyó. Mechanic empezó a interrogar a los alumnos tres meses antes de sus propios exámenes de doctorado, cuando la situación era otra vez importantísima. Refirió que la ansiedad era de nuevo alta y que eran evidentes las estrategias de afrontamiento tanto vigilantes como paliativas. Durante los tres meses anteriores al examen:

... aumentaron las bromas y mientras los estudiantes tenían algún apoyo social y hablaban mucho de los exámenes, empezaron a evitar de forma específica a aquellas personas que aumentaban su ansiedad. Los dolores de estómago, los síntomas de disnea y la sensación general de cansancio se hicieron frecuentes y aparecieron también otros síntomas psicósomáticos. Aumentó el uso de tranquilizantes y somníferos (p. 142).

Aproximadamente un mes antes de los exámenes, los modelos de afrontamiento para minimizar la importancia del acontecimiento se hicieron predominantes y se hacían ya pocos comentarios sobre los síntomas físicos de respuesta al estrés, lo cual sugiere un descenso del arousal.

Por último, el fin de semana antes del examen aumentó otra vez el arousal:

... aparecieron importantes síntomas psicósomáticos. Unos pocos estudiantes se pusieron realmente enfermos, probablemente debido en parte al aumento de la vulnerabilidad, resultado del agotamiento físico y mental que había acompañado a la preparación del examen y a su espera prolongada. Muchos estudiantes dijeron padecer dolor de estómago, crisis de ansiedad, aumento de la sintomatología disnéica y algunos refirieron erupción cutánea y alergias. El apetito y los hábitos alimentarios también se vieron afectados y algunos refirieron dificultad para dormir (p. 162).

La mañana del examen:

... la mayoría de los estudiantes dijo sufrir dolor de estómago; unos cuantos diarrea; y unos pocos dijeron que no habían tolerado el desayuno. Un estudiante dijo: «estaba realmente asustado, no había estado tan asustado en mi vida... me sentía como si me fuera a caer a pedazos». La mayoría de los estudiantes manifestaron un considerable descenso de la ansiedad una vez empezado el primer examen... Otro estudiante explicó: «Hacerlo no es tan malo como esperar. No es ni mucho menos tan malo... Mientras lo haces no tienes tiempo de preocuparte» (pp. 162-163, las cursivas pertenecen a los autores de libro).

Los estudiantes utilizaron numerosas estrategias de afrontamiento para controlar sus emociones durante los períodos previos a los exámenes, entre ellas la búsqueda de apoyo social, la evitación de las personas que aumentaba su ansiedad, la utilización de fármacos, el uso de argumentos tranquilizadores y la disminución de los niveles de ambición, entre otras. Sin embargo, a medida que los exámenes se fueron acercando, los efectos paliativos de estas estrategias desaparecieron, observándose indicaciones psicológicas y somáticas de un aumento de arousal. El aumento en el grado de amenaza apareció de forma universal entre los estudiantes.

En conclusión, cuánto más prolongado es el tiempo de anticipación, mayor es la probabilidad de complejidad en la evaluación dados los procesos mediadores que tienen lugar en tal caso. Con tiempo por delante, el individuo puede reflexionar, sufrir o afligirse; también puede evitar el problema, pensar sobre él, actuar o intentar lograr su autocontrol. Cada uno de estos procesos de afrontamiento afectará a las evaluaciones posteriores y a las emociones acompañantes.

Por implicación, los procesos de afrontamiento comprendidos en cualquier encuentro estresante que sea anticipado, pueden describirse por etapas que incluyen distintos tipos de afrontamiento, que aparecen a medida que el encuentro progresa. El concepto de etapas de afron-

tamiento es empleado por Horowitz (1982), Klinger (1977), Kübler-Ross (1969), Main (1977), Shontz (1975) y Wortman y Brehm (1975). Examinaremos este concepto con mayor detalle en nuestras consideraciones sobre el afrontamiento en el capítulo 6.

Duración

La duración hace referencia al tiempo que persiste un acontecimiento estresante. Se halla muy relacionada con el concepto de inminencia, difiriendo en que esta se refiere al período anterior al suceso, mientras que la duración comprende el período durante el que el suceso se desarrolla.

Este concepto se considera con gran frecuencia como un factor principal en la aparición de enfermedad y de psicopatología; se supone que los estresantes prolongados o crónicos agotan al individuo psicológica y físicamente. Selye (p. e., 1950, 1956) ha proporcionado un fuerte impulso a esta línea de pensamiento con el desarrollo de su concepto del Síndrome General de Adaptación.

Brevemente, podemos decir que el Síndrome General de Adaptación (SGA) hace referencia a tres etapas en las respuestas al estrés: la etapa inicial de reacción de alarma, la etapa de resistencia y, la última, la etapa de agotamiento. La reacción de alarma tiene dos partes subordinadas: la primera, la fase de shock, representa el efecto inicial e inmediato del agente nocivo sobre los tejidos. Se caracteriza por ejemplo, por la reducción de la temperatura corporal y el descenso de la presión sanguínea. La segunda parte de la fase de reacción de alarma es la «fase contrashock» la cual parece reunir los esfuerzos defensivos activos por parte del sistema psicológico. Se refleja en una dilatación del córtex adrenal y en un aumento de las secreciones corticoadrenales, lo cual produce elevación de la presión arterial y con frecuencia de la temperatura corporal. A continuación, aparece la etapa de resistencia, que se caracteriza principalmente por un aumento de la resistencia al agente estresante y por una disminución de la resistencia ofrecida a otros estímulos. Esta etapa se caracteriza más concretamente por una tríada de reacciones: hipertrofia adrenal, contracción del timo y reducción asociada de linfocitos y de úlceras gástricas. Por tanto, parece ser que la adaptación a un agente tiene lugar a expensas de la resistencia ofrecida a otros. Por último, después de una exposición prolongada a un estrés importante, aparece el agotamiento y muchos de los síntomas de la fase de alarma aparecen de nuevo. Esta fase final produce lo que Selye llama «enfermedades de adaptación», tales como el shock anafiláctico y la artritis y, finalmente, puede conducir a la muerte.

Los estresantes crónicos no abocan inevitablemente a la etapa que Selye llama de agotamiento. La noción que utilizamos de crónico, esto es, estímulos estresantes repetidos, ha sido expresada durante mucho

tiempo con el concepto de habituación, refiriéndose con ello a la disminución de respuesta conductual o fisiológica (o de arousal) que se da con la repetición de estímulos. El concepto ha sido analizado con más detalle en animales que en seres humanos; sin embargo, dos de los aspectos que se hicieron relevantes en la investigación animal son también importantes para los hombres.

Uno de estos aspectos es la cuestión de si la pérdida o disminución de arousal es debida al hecho de acostumbrarse al agente estresante o bien se debe al agotamiento de éste. En un estudio de Hennessy y Levine (1979) en el que se producían durante 72 horas series de descargas eléctricas que debían ser evitadas, los *Macaca rhesus* mostraron una secreción de cortisol sustancialmente mayor en las primeras o segundas series que en las demás; en el momento de producirse la tercera o cuarta serie de 72 horas, ya no apareció elevación del cortisol respecto al estado basal. Evidentemente se habían acostumbrado al estrés crónico. Similarmente, Pollard, Basset y Cairncross (1976) encontraron que la respuesta de los corticosteroides, la corticosterona y de la hipófisis en ratas habituadas cambia después de 20 días de exposición prolongada al estrés. Sin embargo, al revisar parte de este trabajo de medición de niveles hormonales en sangre, Rose (1980) no interpreta este hallazgo como una señal de habituación sino más bien de «etapa de agotamiento» del Síndrome General de Adaptación después de una exposición prolongada al estrés.

El otro aspecto tiene que ver con los procesos incluidos en la habituación. Por ejemplo, en su consideración de los elementos de arousal generados inicialmente por un estímulo nuevo, Sokolov (1963) habló de la «reacción de orientación», que se refiere a una respuesta autónoma compleja (véase Zimney y Keinstra, 1967). Cuando el animal se acostumbra al estímulo, muestra una reducción progresiva o cesa su reacción de orientación. Hablar de esta forma sobre la habituación significa teorizar mínimamente sobre la naturaleza de sus procesos.

No es raro que conceptualicemos el proceso de habituación, incluso en animales, como un proceso cognitivo en el que se evalúa la información recibida del entorno. Por ejemplo, en la reacción de orientación, el perro levanta las orejas, vuelve la cabeza hacia el estímulo, olfatea y espera información sobre el significado de éste. Esto ha sido descrito como la reacción de «¿qué es esto?». Por tanto, la habituación al estímulo significaría que el animal concluiría con que no es necesario prestar atención puesto que no hay señal de nada importante adaptativamente. La mera repetición del estímulo, sin que ocurra nada, refuerza la habituación. En una palabra, es el descubrimiento, basado en la información o en la interpretación, de que no hay importancia adaptativa en el estímulo (Harris, 1943; véase Galbrecht, Dykman, Reese y Suzuki, 1965).

La habituación emocional en los seres humanos incluye los mismos

procesos básicos de evaluación que encontramos en la reacción de orientación de los animales. Sin embargo, en humanos, la habituación puede ser también una consecuencia del afrontamiento, especialmente del afrontamiento cognitivo. La persistencia de un estresante crónico puede dar al individuo la oportunidad de aprender a afrontar sus demandas o a evitar o distanciar al agente estresante. Se desarrollan nuevos recursos, se reordenan los compromisos contraidos, se abandonaron viejos objetivos y se buscan otros nuevos (véase también Schönplflug, 1983). Los efectos perjudiciales de un estresante crónico puede por tanto estar mediado por la reevaluación y el afrontamiento, pero tales procesos llevan tiempo (véase Stokols, 1977; Altman y Wohlwill, 1977). El grado inicial de amenaza y su modelo mantenido durante acontecimientos crónicos persistentes, estarán desde luego determinados en gran parte por la naturaleza del agente estresante. Lo que debe recordarse es que la evaluación de un acontecimiento crónico persistente no es estática; la amenaza fluctuara durante el curso del acontecimiento en función de los procesos de afrontamiento y de reevaluación y, también, en función de los cambios producidos en el entorno.

Además de los acontecimientos crónicos persistentes existen también los acontecimientos crónicos intermitentes, tales como los conflictos con la ley, los problemas financieros o la temperatura, y los acontecimientos agudos limitados en el tiempo, tales como los saltos en paracaídas, los exámenes o las intervenciones quirúrgicas menores. Cada uno de estos modelos de duración tiene implicaciones distintas con respecto a la evaluación (cf. Cohen et al., 1982).

Presumiblemente, un modelo crónico intermitente permite al individuo disponer de periodos libres entre dos acontecimientos, para poder olvidar, mientras que un modelo crónico persistente no dará fácilmente esta oportunidad por lo que cabrá esperar un grado de amenaza más persistente (por lo menos hasta que intervengan los procesos de afrontamiento y de reevaluación).

Otro modelo es la clase de secuencia de estrés ocasionada por acontecimientos como el divorcio, la muerte de un familiar, el nacimiento de un hijo o un programa académico muy riguroso. En estos ejemplos, el individuo puede anticipar una serie de situaciones estresantes que se prolongarán durante cierto tiempo. Algunas personas puede que no intenten mirar más allá y vayan afrontando los problemas a medida que vayan apareciendo. En este caso, la secuencia consistirá en una serie de acontecimientos cada uno de los cuales será más o menos amenazantes en función de los intereses implicados y de los recursos disponibles para hacer frente a las demandas de la situación. Otras personas pueden considerar la secuencia como un solo acontecimiento prolongado a lo largo de distintos aspectos. Este modelo podría tener efectos más parecidos a los de las situaciones crónicas persistentes.

Con excepción de los estudios sobre los efectos negativos de los

estresantes crónicos persistentes, no existe prácticamente información teórica sobre la duración como variable antecedente en las situaciones de estrés. Sin embargo, y dada la importancia de la duración en la enfermedad y en la psicopatología, no deja de ser sorprendente la escasez de datos utilizables al respecto. Pensamos que debería existir mayor atención dirigida sistemáticamente a esta variable, sobre todo para poder valorar los efectos de los distintos modelos de duración sobre los procesos de evaluación y de afrontamiento.

Incertidumbre temporal

Este concepto se refiere al desconocimiento de *cuándo* se va a producir un acontecimiento dado. La llegada de un huracán puede anunciarse en los medios de información; sin embargo, permanecerá la duda del momento del día en que se iniciará. A un trabajador se le puede avisar que el despido es inevitable y no precisar la fecha exacta en la que tendrá lugar.

Sobre este concepto de incertidumbre respecto al tiempo se han realizado pocos trabajos experimentales. Uno de los pocos estudios que trata este problema fue realizado por Monat y sus colaboradores (1972). Este estudio es particularmente interesante porque compara el efecto estresante relativo a la incertidumbre referida al tiempo y a la presentación del acontecimiento.

En el estudio de Monat y sus colegas se utilizó la descarga eléctrica como estímulo estresante en dos experimentos. En el primero, que comprendía un diseño interpersonal, cada uno de los sujetos experimentaba sólo una de las cuatro condiciones posibles: desconocimiento del momento con un 100% de incertidumbre respecto a la presentación del acontecimiento, conocimiento del momento de presentación con un 100% de incertidumbre respecto a la presentación, conocimiento del momento de presentación con un 50% de incertidumbre respecto a la presentación, y conocimiento del momento con un 50% de incertidumbre pero sin descarga. El segundo experimento utilizó un diseño donde cada uno de los sujetos experimentó cuatro condiciones: desconocimiento del momento de presentación del acontecimiento con un 100% de certeza de presentación, conocimiento del momento con un 100% de certeza de presentación, conocimiento del momento con un 50% de incertidumbre de presentación y conocimiento del momento con un 5% de certeza respecto a la presentación del acontecimiento. El nivel de *arousal* fisiológico fue evaluado mediante la frecuencia cardíaca, el nivel de resistencia de la piel, la respuesta galvánica de la piel y la respiración. También se registraron las sensaciones referidas por los propios sujetos y se hicieron dos mediciones de afrontamiento: de evitación y vigilante. En el segundo experimento se preguntó también a los sujetos sobre sus preferencias sobre cada una de las condiciones.

Los resultados obtenidos en los dos experimentos fueron parecidos. En general, la incertidumbre temporal se relacionó con un nivel alto de *arousal* en el momento de aparición del acontecimiento y después, el *arousal* fue disminuyendo a medida que continuaba el experimento. En cambio, el hecho de conocer el momento de aparición del acontecimiento y la certeza de su presentación se correlacionaban con un nivel más bajo de *arousal* en el momento de la aparición de la descarga y un nivel más alto al final del estímulo. Las condiciones también indujeron diferencias respecto al afrontamiento; en los dos experimentos, la incertidumbre temporal se asoció con una mayor vigilancia en el momento de aparición de la descarga y con un afrontamiento del tipo de la evitación al final de la estimulación. En cambio, cuando el momento de aparición del estímulo era conocido, independientemente de la certeza de su presentación, prevalecía el modelo de afrontamiento opuesto. Los autores de este trabajo buscaron una relación entre *arousal* y afrontamiento:

Los principales datos obtenidos en este trabajo indican que aunque las condiciones de incertidumbre temporal pueden ser evaluadas inicialmente como más amenazantes que las de tiempo prefiado, permiten un modelo de afrontamiento (despliegue de atención) el cual a su vez puede conducir a un descenso del *arousal* (y presumiblemente de la intensidad de la respuesta al estrés, para expresarlo de forma distinta). Más exactamente: bajo condiciones en las que el individuo sepa exactamente el momento en que va a aparecer un estímulo aversivo e independientemente de la certeza o no de su aparición, sus pensamientos se dirigirán de forma creciente al análisis vigilante del acontecimiento anticipado a medida que éste se haga inminente; asimismo, esta vigilancia creciente se acompañará de un aumento de *arousal*. En contraste con esto, en aquellas condiciones en las que el individuo no sepa el momento en que el acontecimiento va a aparecer, es decir, en condiciones de incertidumbre temporal, los pensamientos del individuo tenderán de forma creciente a los modelos de afrontamiento de tipo evitativo y esas estrategias, a su vez, determinarán el descenso progresivo de los niveles de *arousal* afectivo (Monat et al. 1972, p. 250).

Desde luego, es lícito preguntarse si el descenso en los niveles de *arousal* se debe a las estrategias de afrontamiento de evitación utilizadas para combatir la amenaza o, simplemente, a la falta de conexión con ella. El hecho de que los sujetos prefieran significativamente menos las condiciones en que se desconocía el momento de la presentación del estímulo, en este caso, va a favor de que el afrontamiento asociado con la incertidumbre temporal, constituye un indicativo de la intensa amenaza que supone este desconocimiento. El hecho de no saber con certeza el momento en que un acontecimiento aversivo va a tener lugar, no significa que se produzca un estado perpetuo de amenaza. La incertidumbre temporal resulta estresante sólo cuando ciertas señales de amenaza indican que el acontecimiento va a ocurrir, es decir, ante la inminencia de su aparición. Por tanto, la cuestión realmente importante es la de qué grado de inminencia hay.

Ambigüedad

Hemos discutido ya numerosas características de los factores que influyen en la evaluación, incluidos la novedad de la situación, la incertidumbre del acontecimiento y los factores temporales como la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal. La información obtenida de cada uno de estos factores contribuye a la evaluación de los intereses en juego, de su importancia para el bienestar, de si realmente puede hacerse algo y de qué puede hacerse ante la situación en cuestión. Desgraciadamente, en la mayoría de los acontecimientos con los que se encuentra el ser humano, la información de la que se dispone para realizar tales evaluaciones suele ser poco clara y/o insuficiente, por lo menos con respecto a la última de las evaluaciones, cuando no a todas. Es raro que una persona sepa exactamente lo que va a ocurrir y la naturaleza del suceso (incertidumbre de acontecimiento) y cuándo va a ocurrir (incertidumbre temporal) y cuánto va a durar (duración). Tampoco puede predecir las demandas que va a originar el afrontamiento. Cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es poco clara o insuficiente, decimos que la configuración del entorno es ambigua. Distinguimos entre ambigüedad (falta de claridad situacional) e incertidumbre (confusión del individuo sobre el significado de la configuración del entorno). La información obtenida del entorno puede que no sea ambigua y que, a pesar de ello, el individuo experimente incertidumbre. Por ejemplo, dicha incertidumbre puede aparecer como resultado de valores, compromisos y objetivos contrarios y/o, simplemente, por no saber qué hacer. Por otro lado, cuando existe ambigüedad en el entorno tampoco es posible sentir confianza con respecto a la forma en cómo hay que actuar; esto puede ocurrir cuando el individuo resuelve de forma arbitraria la ambigüedad de la situación eligiendo una interpretación de ella que le sirva de base para actuar renunciando a su conocimiento exacto y sin atender a la falta de exactitud de la información de la que dispone.

La reciprocidad entre ambigüedad y personalidad

La ambigüedad crea las condiciones para el análisis descriptivo de las situaciones por el que el individuo infiere su significado en base a sus disposiciones personales, sus creencias o sus experiencias. Cuanto mayor es la ambigüedad, mayor es la influencia de los factores personales en la determinación del significado de la configuración del entorno. La naturaleza ubicua de la ambigüedad, especialmente en las situaciones estresantes, es una de las razones por las que resulta tan difícil identificar las características situacionales independientes; siempre que exista ambigüedad, los factores dependientes del individuo determinan la comprensión de la situación, por lo que hacen que esta

comprensión esté más en función del individuo que de los estímulos objetivos.

El bien establecido principio de que las predisposiciones de la personalidad del individuo juegan un papel más importante en las condiciones ambiguas que en las condiciones bien definidas ha sido demostrado de nuevo por Archer (1979), quien estudió la interacción entre el rasgo ansiedad y la expectativa de control en un experimento de evitación de descarga. Se valió de tres condiciones: dos de ellas claramente definidas (no ambiguas) en cuanto al método y grado de control que los sujetos podían ejercer sobre la descarga y otra condición ambigua de evitación en la que se proporcionaba a los sujetos pocas señales que indicaran el modo de evitar la descarga. La variable dependiente fue la expectativa de control de los individuos.

En las condiciones claramente definidas —tanto con control aleatorio como complejo— no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a expectativas de control entre sujetos con alto o bajo grado de ansiedad como rasgo. Ambos grupos mostraron una expectativa de control relativamente baja en condiciones de control al azar y unas expectativas altas cuando las condiciones incluían un control complejo de la situación. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa en las condiciones de ambigüedad: los individuos con un grado de ansiedad bajo refirieron una expectativa de evitación de la descarga (control) significativamente mayor que aquellos con un nivel de ansiedad alto. En otras palabras, la variable rasgo de personalidad (ansiedad) demostró influir en la situación estructurada de forma ambigua pero no en aquellas otras situaciones en las que se daban señales claras y explícitas respecto a las contingencias del reforzamiento.

En un estudio realizado por Lazarus, Eriksen y Fonda (1951) se demostró también la creciente influencia de los factores individuales en condiciones de ambigüedad. En este trabajo se pasó a los sujetos unas series de frases grabadas en una cinta magnetofónica, algunas emocionalmente amenazantes y otras neutras en cuanto a contenido emocional, sobre un ruido de fondo que hacía difícil oírles sin prestar atención; en general pudieron entender sólo el 50% de todo el material. Se eligieron dos grupos de pacientes neuróticos distintos en cuanto a su sintomatología y a su forma característica de afrontar las experiencias emocionalmente perturbadoras. Uno de los grupos estaba formado por pacientes histéricos a los que se les dio la orden de afrontamiento mediante la represión o la evitación del material amenazante. El otro grupo estaba formado por pacientes obsesivo-compulsivos cuya forma característica de enfrentarse al material era vigilante —es decir, permaneciendo extremadamente alerta a cualquier cosa que pudiera significar amenaza— y disminuir luego su efecto mediante el alejamiento. Ambos grupos escribieron lo que habían oído. Los pacientes histéricos resultaron más cuidadosos a la hora de transcribir las frases emocionalmente neutras que las

amenazantes, de acuerdo con su supuesta tendencia a la evitación de la amenaza. Los pacientes obsesivo-compulsivos fueron más exactos en sus transcripciones de las frases emocionalmente amenazantes que en las neutras en este sentido, de acuerdo con su supuesta forma hipervigilante e intelectualizada de responder a la amenaza.

Las inferencias hechas sobre el significado de la información ambiental se basa también, en gran parte, en todo lo que se ha aprendido a partir de la experiencia. Anteriormente, hemos mencionado que Schank y Abelson (1977) se refieren a ella como un conocimiento general que permite al individuo interpretar los acontecimientos aun cuando no los haya experimentado nunca. Por contraste, el conocimiento específico se utiliza para interpretar aquellos acontecimientos que se experimentan frecuentemente. Obviamente, la cantidad de inferencia que se requiere es mayor cuando existe poca información específica que utilizar.

Sin embargo, conocer las experiencias de un individuo no significa que podamos predecir los tipos de inferencias que tal individuo llevará a cabo. Aun en el caso de experiencias similares, existen distintos tipos de procesos internos que pueden influir en el recuerdo del significado de tales experiencias, en la información recuperada de tal recuerdo, y en el modo como se utiliza tal información en la realización de inferencias o predicciones. Por ejemplo, una experiencia amenazante o perjudicial puede disminuirse en la memoria mediante procesos defensivos que minimicen o contengan sus aspectos perturbadores. Ésta es una forma de reevaluación defensiva. Por otro lado, el recuerdo puede volverse más intenso con el tiempo, como cuando se admite en la conciencia un completo conocimiento de lo ocurrido y con él un aumento de la sensación de amenaza y/o de daño (véase Horowitz, 1976). En cualquier caso, los procesos internos mediadores regulan la información obtenida a partir de la experiencia que se necesita para la deducción.

La naturaleza dual de la ambigüedad

Como en el caso de la incertidumbre respecto al acontecimiento y al momento de su aparición, la ambigüedad por sí misma puede ser una fuente de amenaza. En animales se pueden generar altos niveles de excitación y de desorganización mediante situaciones de condicionamiento clásico, presentando discriminaciones difíciles y desconfirmando expectativas fuertemente establecidas (p. e., Badia, McBane, Suter y Lewis, 1966; Badia, Suter y Lewis, 1967; Epstein y Clarke, 1970; Knapp, Kause y Perkins, 1959). Realmente, la «neurosis experimental» es un fenómeno corriente entre los animales de laboratorio (p. e., Lidell, 1964; Masserman, 1943).

En los seres humanos, la ambigüedad puede aumentar la amenaza mediante la limitación de la sensación de control del individuo y/o

aumentando la sensación de desesperanza frente al peligro. Por ejemplo, la ansiedad, una de las muchas emociones provocadas por la amenaza, se asocia con frecuencia con la incertidumbre sobre la naturaleza de la amenaza, sobre si se va a producir o no y cuándo, y sobre lo que puede hacerse al respecto (Lazarus y Averill, 1972; May, 1950; Seligman, 1975).

Sin embargo, la ambigüedad no siempre produce sensación de amenaza en los seres humanos (p. e., ansiedad) y de hecho sólo la producirá si existe predisposición a sentirse amenazado (p. e., si el individuo tiene poca tolerancia a la ambigüedad [cf. Frenkel-Brunswick, 1949] o si está presente alguna otra señal que lleve al individuo a anticipar el daño). Esto fue reconocido por Lazarus (1966) y, más recientemente, por Kreidler y Kreidler (1976) quienes escribieron:

Normalmente, el miedo y la ansiedad no se derivan de la mera existencia de alternativas irracas, sino de lo que implican algunas de esas alternativas... como es bien sabido, cualquier invitado a comer tiene dudas sobre qué se servirá de postre, esperará su amado pastel de fresa o su adorada tarta de melocotón... Esto es evidente cuando uno considera, por ejemplo, las siguientes alternativas: «o servirán el postre o los ladrones interrumpirán la comida». A la inversa, incluso una información muy precisa —a través de su precisión y exactitud— no estabiliza necesariamente el sistema y reduce el miedo y la ansiedad, tal como se evidencia psicológicamente a partir de la información «Mañana será usted ejecutado». Esto demuestra que los conceptos principales de la teoría de la información, es decir, el número de alternativas, sus probabilidades respectivas y su reducción final de información, tienen mucha menos relevancia psicológica que su significado real (pp. 16-17).

Incluso en situaciones donde existan signos de daño o de peligro puede utilizarse la ambigüedad para reducir la amenaza y permitir interpretaciones alternativas del significado de la situación. La naturaleza dual de la ambigüedad queda reconocida en situaciones políticas donde, a veces, se considera útil perpetuar la ambigüedad para contemperizar y calmar los ánimos. Weisman, del *New York Times*, lo refleja en un análisis de la crisis causada por los estudiantes iraníes que mantuvieron rehenes americanos durante el otoño de 1979:

Algunos oficiales observaron que el reportaje de la crisis iraní reflejaba una clásica diferencia entre la perspectiva del gobierno y la de la prensa. El Departamento de Estado está interesado en mantener la posición de Irán, ambigua o inestable para que ellos y otros diplomáticos puedan negociar. Por otro lado, los periodistas tienden a formular preguntas para eliminar precisamente esta ambigüedad.

Por ejemplo, últimamente los periodistas han preguntado muchas veces en la televisión a los iraníes sobre la posibilidad de ejecución de los rehenes. La pregunta hace acobardarse a los oficiales del Departamento de Estado. (*San Francisco Chronicle*, 12 diciembre, 1979, p. 16, «Iran Siege Puts TV in the News».)

Al final de un sufrimiento de 14 meses, un editorial del *New York Times* señaló cómo la administración Reagan se sentía libre para «ahogar el asunto en la ambigüedad»:

La ambigüedad rodea a las consecuencias que Irán podría sufrir. El señor Reagan aceptaría que Jimmy Carter tratara con Irán, pero también deja espacio para la maniobra legal. Podría prometer a los futuros terroristas «una retribución rápida y efectiva» pero deja que su ministro de Relaciones Exteriores diga que «la venganza a veces no es sólo incómoda sino que además es incierta». (1 de febrero de 1981, p. 22 EY, «Through the Night with the Light».)

A veces, la gente incluso prefiere la ambigüedad a la claridad. La cuestión estudiada por Gibbons y Wright (1981). Estos autores expusieron a sujetos de ambos sexos, con variables sentimientos de culpa hacia el sexo, a la presencia de material erótico de modo que resultaran estimulados sexualmente o, al menos, que así lo creyeran. Además de presentarles los estímulos eróticos, se les proporcionó una fuente alternativa de estimulación falsa a la que podían atribuir su excitación. Los sujetos con fuertes sentimientos de culpa atribuyeron su excitación a la fuente de estimulación falsa con mayor frecuencia que los sujetos con escaso sentimiento de culpa respecto al sexo, creando por tanto ambigüedad a la naturaleza y fuente real de su estimulación. Gibbons y Wright interpretaron la atribución a la fuente falsa como un mecanismo de defensa; para los sujetos muy culpabilizados, resultaba menos amenazante no ver claramente cuál era la causa de su estimulación. Estos hallazgos coinciden con nuestra afirmación de que la ambigüedad no es siempre un factor que aumenta la sensación de amenaza y que la claridad a veces puede resultar más aversiva.

En suma, la ambigüedad se halla presente de una forma u otra en prácticamente todo tipo de situaciones a las que se enfrenta el hombre, y así, para que los factores personales jueguen un importante papel en la creación de diferencias individuales en la evaluación de lo que ocurre. En muchos casos, la ambigüedad puede ser amenazante y el individuo puede intentar reducirla buscando más información o mediante procesos deductivos y juicios arbitrarios. Por otro lado, hay situaciones en las que la ambigüedad parece resultar ventajosa, como cuando permite mantener la esperanza o prevenir una conclusión prematura.

La cronología de los acontecimientos estresantes en relación con el ciclo vital

Un acontecimiento estresante no ocurre de forma aislada sino en el contexto del ciclo vital del individuo y en relación con otros acontecimientos, ya sean pasados, recientes o concurrentes (véase Hultsch y Plemons, 1979). Estas propiedades contextuales específicas definen la cronología de un acontecimiento. Este aspecto del acontecimiento aporta luz a misteriosas cuestiones de por qué ciertos acontecimientos que implican importantes cambios biográficos (como mejoras laborales, matrimonio y nacimiento de un hijo) son, por lo general, bien recibidos mien-

tras que acontecimientos considerados ligeramente fastidiosos, como buscar aparcamiento, esperar una hora en la consulta del dentista o tener un pinchazo en una rueda del coche puede cobrar en algún momento gran importancia (o, al contrario, por qué los acontecimientos normalmente perturbadores a veces carecen del menor significado).

Neugarten ha escrito de forma muy meditada y extensa sobre el tema de la cronología (p. e.; Neugarten, 1968a, 1977, 1979; Neugarten, Moore y Lowe, 1968). Esta autora afirma que las personas tienen un concepto del ciclo vital normal que incluye esperar que ciertos acontecimientos ocurran en un determinado momento. Con suma facilidad, redactan su horario donde figura cuándo deben dejar la escuela, cuándo deben casarse, tener un hijo, buscar trabajo, prosperar en él, convertirse en abuelos y jubilarse. Afirma que la gente tiene una especie de reloj mental que les va diciendo cuando «van a la hora» y cuando «van tarde» dentro de su ciclo vital. A partir de este punto de vista, Neugarten considera que muchos acontecimientos de la vida normales y esperables no representan crisis en sí mismos, sino que las producen en función del momento en que aparecen. «Por ejemplo, para la mayoría de las mujeres de mediana edad, la marcha de un hijo no representa una crisis; en cambio, es cuando el hijo no se marcha de casa en el momento adecuado cuando se origina una crisis tanto para los padres como para el hijo» (1979, p. 889).

Por ejemplo, Blau (1973) encontró que las viudas jóvenes resultaban más estresadas que las de mayor edad, y Bourque y Back (1970) refieren que la marcha de un hijo y la jubilación se consideran más perturbadoras cuando ocurren fuera de tiempo que cuando lo hacen en su momento. Lowenthal, Thurnher y Chiriboga (1975) también hallaron que la ausencia de acontecimientos esperados —«no acontecimiento»— representa un foco de estrés en el ambiente laboral, de la familia y de los padres (véase también Stewart, Sokol, Healy, Chester y Weinstock-Savoy, 1982). Estos hallazgos señalan la importancia de obtener información tanto de los acontecimientos esperados como de los que no tienen lugar a la hora de valorar las fuentes de estrés.

¿Cuál es la razón de que un acontecimiento que se dé fuera de tiempo resulte más amenazante? Que un acontecimiento haya ocurrido demasiado pronto o demasiado tarde puede significar perder el apoyo de los compañeros de grupo. Consideremos una mujer cuyo primer hijo nace cuando ella tiene 38 años. Las madres en sus mismas condiciones, con las que podría esperar intercambiar opiniones sobre el cuidado del niño, de quienes podría buscar apoyo emocional respecto a las demandas que significa tenerlo, o con quienes podría desear estar mientras paseara el niño por el parque, probablemente serán 15 años más jóvenes que ella, ¿cómo puede sentirse cómoda con ellas y viceversa?

Encontrarse fuera de tiempo significa verse privado del orgullo y de la satisfacción que acompañaría al mismo acontecimiento si hubiera ocurrido a tiempo. ¿Qué significado tiene un ascenso que ha sido espera-

do durante 10 años si se produce un año antes de la jubilación? ¿Representa un logro importante o parece un gesto inútil por parte de la dirección de la empresa el agradecimiento de los muchos años de servicio prestado? Durante el periodo previo al acontecimiento es posible que el individuo se sienta privado de un «nexo de unión» con sus compañeros de grupo. Para aquellos que esperan el ascenso, el hecho de que no se produzca los aleja de los que sí han sido ascendidos.

Que un acontecimiento ocurra demasiado pronto priva al individuo de la oportunidad de prepararse para un nuevo papel que desempeñar. Consideremos el adulto joven que de repente tiene que hacerse cargo del negocio familiar, la viuda joven que ha de sacar a su familia adelante y encontrar su nuevo puesto en una sociedad donde la mayoría de sus amigos se hallan emparejados, o una bailarina cuya lesión le hace terminar prematuramente su carrera. Todos estos acontecimientos pueden afrontarse con relativa ecuanimidad, o al menos significar un trastorno moderado si se producen a la edad apropiada; en el caso contrario, los individuos se sienten mal preparados para afrontar la situación por lo que resulta, por tanto, más amenazante.

El calendario de acontecimientos esperados varía de generación en generación y de grupo a grupo dentro de la misma generación (cf. Elder, 1980). El aumento de las expectativas de vida, de los años de escolarización, la reducción del número de hijos por matrimonio y el incremento del precio de la vivienda son algunos de los factores obvios que han hecho variar este calendario durante los últimos 50 años. Las diferencias observadas entre generaciones dependen de muchos factores, aunque el más importante de todos parece ser el estatus social (cf. Elder, 1974; Neugarten, 1977; Neugarten *et al.*, 1968). Por ejemplo, Neugarten encontró que los ejecutivos de clase media alta tienden a considerar que un hombre ha llegado a la «cima de su vida» a los 40 años, a la mitad de ella a los 50 años y no lo consideran viejo hasta los 70, mientras que el trabajador no cualificado considera que un hombre ha llegado a la mitad de su vida a los 40 años y que es viejo a los 60. Igualmente, los individuos que pertenecen a la clase media alta consideran el periodo de juventud —hasta los 30 años aproximadamente— como un tiempo para la exploración, para encontrar el estilo de uno en cuanto a matrimonio, trabajo o carrera, mientras que la clase trabajadora considera que en este periodo hay que situarse y adquirir responsabilidades en el trabajo, con el matrimonio y con los hijos.

Los acontecimientos que hemos considerado se limitan a experiencias de la vida aceptadas desde antiguo, socialmente reconocidas, bien consideradas y normales. Sin embargo, tales acontecimientos comprenden sólo una parte de lo mucho que puede ocurrir en el curso de una vida. Como señalan Brim y Ryff (1980), Pearlin y Lieberman (1979), Lazarus y Cohen (1977) y otros, existen numerosos acontecimientos que no están relacionados con las transiciones normales de la vida. Entre estos

acontecimientos se hallan las incapacidades laborales, la pérdida de reputación, el repentino crecimiento y derrumbamiento de fortunas, la aparición de estresantes crónicos e incesantes en el trabajo, y los desastres naturales. Es importante examinar estos acontecimientos en relación con las dimensiones importantes del ciclo vital. Un viento helado afectará de forma más importante a una pareja de ancianos que otra de mediana edad, suspender un examen será más grave para un estudiante mayor que para uno más joven, la muerte del padre tendrá un impacto distinto a los 5 años que a los 13.

En un estudio sobre los efectos de la Gran Depresión, Elder (1974) encontró que los varones más jóvenes de la clase media tenían mayor riesgo de sufrir cambios perjudiciales para su vida y su desarrollo que los sujetos de la misma clase y sexo de más edad; los jóvenes acaban de empezar sus carreras mientras que los mayores ya estaban establecidos. En contraposición, los varones de la clase más baja tenían más probabilidades de continuar adelante si eran jóvenes en el momento de la Depresión que si tenían ya una edad avanzada.

Brim y Ryff (1980) nos impulsan a considerar todavía otra categoría de acontecimientos: los acontecimientos ocultos. Estos son experiencias sin nombre propio, acontecimientos para los que no se ha inventado ningún concepto. Como ejemplo de ello, Brim y Ryff observan que los progresos en el área profesional no se hallan tan bien definidos como las transiciones en el área familiar. Señalan que sólo desde la pasada década se ha prestado seria atención al hecho de alcanzar la cima de la vida profesional y que todavía ese hecho no tiene ningún nombre equivalente al de matrimonio o viudedad. Otro acontecimiento de este tipo es el estado que se asocia al cambio hormonal en el varón durante la edad adulta, llamado actualmente por analogía «menopausia masculina».

Brim y Ryff sugieren varios criterios para clasificar los acontecimientos escondidos, por ejemplo según tengan o no correlación con la edad, tengan probabilidad de ser experimentados por muchos o por pocos, y sean socialmente aceptados o rechazados. Incidentalmente, a excepción del último criterio, Brim y Ryff utilizan estas características no sólo para clasificar este tipo de acontecimiento sino todos. Su esquema resulta interesante y merece la atención de todos aquellos interesados en los acontecimientos de la vida y en las investigaciones sobre su duración.

Otro aspecto de la cronología de los acontecimientos es la relación entre un suceso estresante mayor y otros acontecimientos. La Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe, quizá la forma mejor conocida de medición del estrés, evalúa esta situación en base a los acontecimientos vitales acumulados que han ocurrido a un individuo en un periodo determinado de tiempo. Los acontecimientos son evaluados de acuerdo con la cantidad de reajuste social que requieren. El sujeto elige los acontecimientos que le han ocurrido durante el periodo de tiempo especi-

ficado y calcula el estrés total sumando las puntuaciones de cada uno (cf. Holmes y Masuda, 1974; Holmes y Rahe, 1967).

A parte de que los problemas mayores tengan que ver con ignorar el significado de un acontecimiento para el individuo (véase el capítulo 10), los modelos simplemente aditivos como la Escala de Acontecimientos Vitales no justifican el efecto de la cronología. En su estudio sobre la depresión en mujeres, Brown y Harris (1978) encontraron, por ejemplo, que el potencial estresante de un acontecimiento variaba de acuerdo con su relación con otros acontecimientos próximos. Si una mujer se había separado de su esposo, el nacimiento de un hijo algunos meses más tarde era catalogado como muy amenazante. Sus hallazgos indican que entre acontecimientos «relacionados», como es el caso de la separación y el nacimiento, sólo uno de los dos cuenta para producir depresión. En otras palabras, los acontecimientos relacionados no suman sus efectos, lo cual es incomprensible a partir del modelo de medición de Brown y Harris en el que se construye el significado de un acontecimiento en función de su efecto sobre otros. Los acontecimientos no relacionados parecen sumar sus efectos hasta cierto punto. Sin embargo, Brown y Harris creen que es improbable que los acontecimientos «mecánicamente» sumados tengan gran importancia para predecir sus relaciones con la depresión. Estos autores postulan tres formas distintas de sumar los acontecimientos, cada una de las cuales tiene en cuenta su significado.

La primera forma supone sumar el trastorno producido por medio de una evaluación general:

«¿Dios mío, otra cosa más!» es la causa final del desmoronamiento. Aquí tenemos que considerar una serie de acontecimientos completamente distintos —un hijo diagnosticado de disléxico, la partida de un amigo y la pérdida de trabajo del marido—, aunque tal respuesta también podría ocurrir formando parte de otra serie —el segundo ataque al corazón del marido—. Es, como dice el refrán, la espalda del camello no se romperá hasta que éste se dé cuenta de que la carga es demasiado pesada (Brown y Harris, 1978, p. 110).

De forma parecida, sugeriríamos que la presencia de una experiencia estresante mayor, generalizada y extraña, podría aumentar la capacidad estresante de otras experiencias. Por tanto, cuando hay una ruptura sentimental, muchos otros problemas (p. e., las responsabilidades del trabajo, los problemas económicos o las noticias sobre política) podrían aumentar la capacidad de provocar trastornos psicológicos.

La segunda forma en que podrían sumarse los acontecimientos supone una evaluación de las implicaciones específicas de un acontecimiento que le hacen ganar importancia. El ejemplo del nacimiento del niño presentado antes, ilustra esta forma de evaluación. El acontecimiento es grave por sus implicaciones para una mujer que vive sola.

La tercera posibilidad es parecida a la segunda en cuanto que consi-

deran vínculos entre los acontecimientos, aunque tales vínculos no son tan directos ni tan obvios. Brown y Harris ofrecen el siguiente ejemplo:

Una de los pacientes desarrolló una grave depresión pocas semanas después del nacimiento de su primer hijo. Semanas antes, su padre había muerto. Esta muerte no forma en absoluto parte del contexto del nacimiento del niño en el sentido que hemos venido utilizando este concepto —por ejemplo, el padre no les apoyaba económicamente—. Sin embargo, para esta mujer la muerte de su padre parecía formar parte de la importancia de tener su primer hijo; no podía dejar de recordar cómo esperaba el momento en que aquél viera a su primer nieto, que ahora ya no vería nunca. Es posible que sin el nacimiento de su hijo esta mujer hubiera aceptado la muerte de su padre sin durrumbarse y que la intensidad de la combinación de ambos acontecimientos fuera crucial (p. 110).

Nos gustaría añadir otro ejemplo de esta última categoría en la que el vínculo de unión entre los acontecimientos no es necesariamente obvia. Cuando los individuos se enfrentan a una serie de acontecimientos, incluso acontecimientos menores, pueden empezar a cuestionarse su aptitud general o su suerte. «¿Me ocurren estos contratiempos porque soy un inepto? ¿Soy incapaz de organizar bien mi vida, de dominar los problemas? ¿Son mis recursos sociales fuente de problemas para mí mismo? Otros pueden preguntarse, «¿Soy desgraciado? ¿Estoy destinado a que siempre me asista la mala suerte?» Si las respuestas a estas preguntas son afirmativas, cada nuevo acontecimiento puede ver aumentada su importancia en tanto que es utilizado para confirmar la suposición. Entonces, un pinchazo en una rueda no es simplemente algo fastidioso sino que además es un indicador de ineptitud o de mala suerte.

Brown y Harris, en sus tres modelos aditivos, han referido características de la situación y del individuo. Su propuesta de que para sumar acontecimientos se requiere que su significado sea considerado en el contexto del funcionamiento general del individuo y en relación con los otros sucesos de su vida es muy diferente del modelo de adición mecánica de acontecimientos evaluados normativamente.

No hay duda que los planteamientos del tipo de los sugeridos por Brown y Harris ofrecen dificultades metodológicas. Por ejemplo, cuando los acontecimientos se hallan relacionados, ¿estamos hablando en realidad de uno solo? ¿Dónde se encuentran los límites que permitan precisar el contexto de un acontecimiento? ¿Vienen determinados por el tiempo, por otros acontecimientos, por el individuo o por los investigadores? A pesar de estos problemas, pensamos que el método sugerido por Brown y Harris tiene grandes probabilidades de poner de manifiesto los mecanismos por los que el factor cronología es capaz de aumentar el estrés.

También nos gustaría prestar algo de atención a otro aspecto de esta cuestión; el hecho de que cuando se trata de acontecimientos recientes y concurrentes es posible que no se aumente el grado de perturbación que ocasionan. Si en poco tiempo quedan frustrados dos objetivos importan-

tes para el individuo, pensamos que éste sentirá que sus recursos han disminuido enormemente. Consideremos un hombre cuya esposa se halla hospitalizada por una enfermedad amenazante para su vida y en cuyo trabajo se da al mismo tiempo una crisis laboral. Sin embargo, bajo tales circunstancias, en lugar de enfrentarse a los dos grupos de demandas originadas por tales situaciones, lo que puede ocurrir es que el sujeto renuncie a una de ellas, por lo menos temporalmente. En este ejemplo, el marido puede decidir que la recuperación de su esposa está por encima de cualquier otro asunto, con lo que disminuye la importancia de la crisis en su trabajo. Por tanto, vemos que el segundo acontecimiento no aumenta el nivel de estrés, tal como cabría esperar.

Más aún parece que muchas personas, al afrontar las crisis, compensan no haber puesto antes en marcha determinados recursos y hacen frente de forma heroica a enormes demandas físicas y psicológicas. Los relatos anecdóticos de la forma cómo la gente afronta los desastres naturales, las incapacidades, la pérdida de un familiar o la enfermedad, atestiguan este fenómeno. Bajo condiciones en las que hay un aumento de los recursos puestos en marcha, ¿se sentirá el individuo amenazado o dañado? Realmente, ¿es posible que no experimente determinadas emociones positivas relacionadas con el hecho de darse cuenta que se está dominando a sí mismo, al entorno o a ambos? Por tanto, es posible que en el caso de que dos o más acontecimientos ocurran de forma simultánea no sumen sus efectos y lo que realmente hagan sea combinarlos sutilmente para reducir con ello el estrés. Estas posibilidades han de ser comprobadas empíricamente.

En la práctica, parece evidente que la cronología de los acontecimientos, tanto en su relación con el ciclo vital como en referencia a otros acontecimientos, afecta la evaluación que el sujeto hace de ellos. Sin embargo, esta cuestión no ha recibido mucha atención, quizá debido a aspectos que tienen que ver con la definición de estrés. Las transiciones esperadas de la vida son relativamente fáciles de identificar. Los acontecimientos menores y mayores no esperados también pueden identificarse aunque no es fácil aprender a ver cuándo un acontecimiento que en principio parece insignificante puede convertirse en un suceso menor (p. e., esperar en la consulta del dentista). Estos hechos adquieren importancia sólo cuando tienen un significado especial para el individuo. También deben considerarse los no acontecimientos (acontecimientos esperados que no ocurren), así como los acontecimientos «ocultos» de Brim y Ryff (1980). Obviamente, la cuestión de cómo definir un acontecimiento tiene implicaciones dentro de las investigaciones realizadas sobre estrés que van más allá del concepto de cronología. Sin embargo, es necesaria la definición de este concepto puesto que sin ella se hace imposible la investigación.

Un breve comentario sobre la selección y tratamiento de las variables

Entre los muchos factores que hacen referencia al individuo y a la situación, en los dos últimos capítulos hemos elegido unos pocos que creemos tienen una importancia particular en el proceso de evaluación. Hemos insistido en los factores individuales que confieren significado a un acontecimiento y los factores situacionales que tienen poder para generar amenaza. Se eligieron estas variables por su importancia para determinar el significado del afrontamiento para el bienestar del individuo.

Los factores personales y situaciones fueron tratados como componentes interdependientes de una relación dinámica individuo-situación. Pueden considerarse como antecedentes de la evaluación, pero sólo en términos de su significado respecto al equilibrio entre las demandas de la situación y los recursos en el individuo. Si tales factores son considerados de forma independiente, pierden mucha de su utilidad como predictores de la evaluación.

Por tanto, en adelante, estos factores deben ser considerados siempre en combinación; sólo en el laboratorio e incluso allí es difícil poder manipular una sola de las variables manteniendo constantes las demás. En la vida real, los compromisos y las creencias interactúan para determinar el componente personal de la transacción mientras que la naturaleza del acontecimiento, la certeza de su aparición, sus propiedades temporales, su ambigüedad y su cronología determinan la forma en que el entorno interviene en esta transacción. Por tanto, los procesos en relación con el individuo y los procesos en relación con el entorno se combinan para determinar la relación que se establece entre los dos.

Finalmente muchos, si no todos, de los factores individuales y situacionales tienen el poder de contribuir a generar y a disminuir la sensación de amenaza. Esta doble capacidad se puso de manifiesto en nuestras discusiones sobre los compromisos, las creencias, la incertidumbre del acontecimiento, los factores temporales, la ambigüedad y la cronología. Es de suma importancia recordar esta característica en cualquier análisis que se haga de los antecedentes personales y situacionales de la evaluación.

Sumario

En este capítulo se han considerado las características formales de las situaciones que originan la posibilidad de amenaza, daño o desahío. Primero se ha tratado la novedad, la predecibilidad y la incertidumbre del acontecimiento. Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño. Esta característica de la situación favorece las deducciones para la evaluación, basadas en experiencias previas que guar-

den relación con la información general de que se disponga. El factor predictibilidad se ha estudiado extensamente en animales y los hallazgos obtenidos indican una preferencia de los sujetos por los estímulos predictibles. Sin embargo, el modelo animal, el más utilizado comúnmente para el estudio de esta variable, no es el adecuado para entender el estrés psicológico de los seres humanos, en parte porque no considera las diferencias individuales en la evaluación y el afrontamiento. La construcción análoga en la conducta humana es el concepto de incertidumbre del acontecimiento, el cual introduce la noción de probabilidad. Las investigaciones realizadas en el laboratorio indican que la relación entre incertidumbre y arousal es compleja, debido quizás a la fenedencia subjetiva en la estimación de la probabilidad. En los acontecimientos de la vida real, las observaciones anecdóticas sugieren que la incertidumbre máxima suele ser estresante, puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento y también puede provocar confusión mental. Han sido considerados tres factores situacionales temporales: la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal del acontecimiento. Generalmente, cuanto más inminente es un acontecimiento más urgente e intensa es su evaluación. Igualmente, cuanto menos inminente resulta, más complejo es el proceso de evaluación correspondiente. Aunque el tiempo puede aumentar la sensación de amenaza, también puede permitir al individuo dominarla mediante el afrontamiento cognitivo de las demandas de la situación, en cuyo caso el aumento del tiempo de anticipación puede producir una reducción en las reacciones desarrolladas ante el estrés. Existe cierta evidencia de que la relación entre inminencia y arousal es distinta para la amenaza y para el desafío; la amenaza genera mayor complejidad de afrontamiento que el desafío. El concepto duración hace referencia al tiempo durante el cual tiene lugar un acontecimiento. Gran parte de la investigación desarrollada sobre este parámetro ha estado influida por el concepto de Selye del Síndrome General de Adaptación, que incluye la reacción de alarma, la fase de resistencia y la de agotamiento. No todos los estresantes prolongados conducen forzosamente al agotamiento; por ejemplo, los animales se suelen acostumbrar pronto, con lo que se produce una disminución de la respuesta al estrés. Las habituaciones emocionales también tienen lugar en los seres humanos y pueden aparecer como resultado de los mismos mecanismos observados en los animales y/o como resultado de los procesos de afrontamiento.

La incertidumbre temporal se refiere al desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá. Se ha investigado poco sobre este importante factor temporal pero la evidencia de la que se dispone sugiere que la incertidumbre temporal genera una actividad de afrontamiento que reduce las reacciones al estrés.

La ambigüedad es característica de muchos, si no de todos, los acontecimientos que se dan en la vida real. Cuanto mayor es, más factores

personales determinan la importancia de la situación para el individuo. La ambigüedad puede aumentar la amenaza si existe la predisposición a ella o bien si existen otras señales que indican daño. La ambigüedad también puede reducir esta sensación permitiendo interpretaciones alternativas del significado de la situación.

La cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital puede afectar también su evaluación. Neugarten ha señalado que muchos de los acontecimientos normales de la vida resultan estresantes sólo si ocurren «fuera de tiempo». Los acontecimientos a destiempo son más amenazantes porque no son esperados y, por tanto, privan al individuo del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción plena que acompañaría al mismo acontecimiento de haber ocurrido en su momento, o de la oportunidad de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio. Los acontecimientos estresantes ocultos, que comprenden principalmente experiencias que no se consideran o para las que no se ha encontrado terminología adecuada (p. e., menopausia masculina), son también importantes desde el punto de vista del ciclo vital y del afrontamiento. La cronología de los acontecimientos con relación al momento biográfico y los efectos de un suceso dado, según éste ocurra o no en yuxtaposición con otros, merecen también consideración puesto que tienen importancia desigual para cada individuo.

Por último, es preciso recordar que los factores individuales y situacionales son siempre interdependientes y que su importancia en el estrés y en el afrontamiento deriva de los procesos cognitivos que los soportan.

Alfredo H. Cía

La Ansiedad y sus Trastornos

MANUAL
DIAGNÓSTICO Y
TERAPÉUTICO



Cía, Alfredo Horacio

La Ansiedad y sus Trastornos : Manual Diagnóstico y Terapéutico.

- 2a ed. - Buenos Aires : Polemos, 2007.

480 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-9165-90-4

1. Salud Mental. 2. Ansiedad. I. Título
CDD 615.89

Nota: Toda la información contenida en este libro respecto a diferentes fármacos, sobre dosis, esquemas posológicos y vías de administración, es la reconocida como útil para los estándares de investigación de la comunidad médica internacional. Sin embargo, a medida que la ciencia progresa y se desarrollan nuevas experiencias clínicas, estos valores, así como los medicamentos mencionados, pueden irse modificando.

Por lo tanto, recomendamos a los lectores seguir siempre las indicaciones de un médico, quien será el responsable de tan delicada tarea y de solucionar los inconvenientes que pudieran presentarse a lo largo de la misma.

Segunda edición en castellano, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2007

Hecho el depósito que marca la ley 11723

© by Alfredo Horacio Cía

© de esta edición by Polemos S.A.

Moreno 1785, 5º piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: 4383-5291 / 4382-4181

E-mail: editorial@polemos.com.ar

www.editorialpolemos.com

ISBN: 978-987-9165-90-4

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

Impreso en Argentina

IMAGEN EN CUBIERTA: Piero della Francesca, *Battesimo di Cristo*, (Temple sobre tabla), realizado entre 1440-1454. Detalles.
National Gallery, Londres.

ARTE EN CUBIERTA E INTERIOR: Julio Rovelli

Índice

Índice general | 7

Prólogo | 23

CAPÍTULO 1

Introducción a la Ansiedad

Introducción | 31

Definiciones y etimología | 33

Angustia | 33

Ansiedad | 34

Pánico | 35

Miedos y fobias | 35

Concepto general de fobia | 36

Síntomas generales de las fobias | 36

Tipos de fobia | 37

Agorafobia | 37

Estrés | 37

Estrés somático o físico | 38

Estrés psíquico | 38

Estrés sociocultural | 38

Antecedentes históricos de la ansiedad y el pánico | 40

Diferentes enfoques teóricos acerca de la ansiedad | 43

Introducción a la Ansiedad

Introducción

Podemos definir a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de esta, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias. En otras palabras, podemos decir que, la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar.

Por lo tanto, la ansiedad puede abarcar, desde una respuesta normal frente a una amenaza externa, hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano. Como una respuesta normal los sentimientos de temor, preocupación, aprensión y alerta, así como un corazón palpitante, pueden ayudar a una persona a escapar de un daño físico. Sin embargo, como trastorno, la ansiedad perturba o causa una disrupción en diversos aspectos de la vida cotidiana y de las relaciones, tendiendo a persistir en el tiempo.

Los Trastornos de Ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los síntomas mas comunes en la *esfera cognitiva* son los pensamientos persistentes que se imponen y las sensaciones de fallar o de vergüenza, entre otros. Los *cambios fisiológicos* más comunes incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea. Los *cambios comportamentales* incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, presentar inquietud motora y, finalmente, los *emocionales* pueden incluir entre otros, angustia, miedos, aprensión e irritabilidad.

La fenomenología clínica de los Trastornos de Ansiedad ha sido parte de la literatura psiquiátrica desde hace más de un siglo, no obstante, la descripción más precisa de importantes entidades nosológicas comprendidas en este grupo, ha sido relativamente reciente. Recién en 1980, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), estableció un criterio diagnóstico preciso para tres nuevas entidades:

- El Trastorno de Pánico (TP)
- La Fobia Social (FS)
- El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

Esta inclusión inicial en el DSM-III, que fuera luego ampliada en el DSM-IV en 1994, tuvo una amplia aceptación, no solo en los círculos psiquiátricos de aquel país, sino que comenzó a tener vigencia en diversos países de Europa y el resto de América, al comprobarse su utilidad conceptual clínica y para propósitos diagnósticos.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud, publicó la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la cual cuenta con una edición original en español, hecha bajo la coordinación del Prof. Juan José López-Ibor Aliño, de Madrid, España, y constituye la culminación del esfuerzo conjunto de expertos y estudios de campo realizados en 40 países, a lo largo de más de una década. Hasta entonces, la carencia de un texto actualizado de la OMS, era suplida por el ampliamente difundido DSM-III-R, que contó con gran difusión y aceptación por parte de los círculos psiquiátricos del mundo occidental.

Cabe mencionar que en la CIE-10, las palabras "ansiedad" y "angustia" se utilizan como sinónimos, aunque generalmente figura "ansiedad", ya que este término usualmente es empleado en distintas ramas de la medicina. A su vez, la palabra "trastorno" es utilizada ampliamente en la versión española del CIE-10, al definir por un lado el ámbito de la nosología y conservar por otra parte la ambigüedad necesaria para permitir incorporar diferentes avances del conocimiento, y tener un sentido más amplio que el término "*disorder*", empleado en las versiones inglesas. De esta manera, "trastorno" se usa para indicar la presencia de un

comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos están acompañados por malestar e interfieren con la actividad del individuo. Por otra parte, se ha preferido utilizar la palabra "persistente" para referirse con un eufemismo al término más usual de "crónico", evitando el matiz negativo implícito en la cronicidad, y para soslayar la tendencia vigente en muchos países de excluir las patologías crónicas y residuales del ámbito de la salud pública, y pasarlo al de las prestaciones sociales.

En la CIE-10 se ha incluido una nueva categoría que no estaba bien definida en el DSM-III ni en el DSM-III-R, a pesar de constituir un cuadro muy frecuente en las consultas de asistencia médica primaria. Estamos hablando del cuadro definido como Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (Bloque F41.2) y como Otros Trastornos Mixtos de Ansiedad (F41.3). Estas categorías tienen por objeto facilitar la descripción de ciertos trastornos que presentan un conjunto mixto de síntomas, para los que algunas de las denominaciones psiquiátricas tradicionales no son adecuadas. Debemos reconocer que estas categorías recientes merecen un mayor estudio para, de ser necesario, ser mejoradas en su definición.

Finalmente, consideramos necesario destacar la importancia que tienen los distintos Trastornos de Ansiedad por la elevada morbilidad que presentan, por su habitual tendencia a la cronicidad o "persistencia", al no ser adecuadamente reconocidos, y por lo tanto tratados, y por la alteración severa de la calidad de vida que suelen comportar en las relaciones interpersonales, familiares, laborales y sociales. A su vez, es importante destacar que las diversas manifestaciones de la ansiedad tienen complejas interacciones con patologías médicas, que afectan la funcionalidad de varios sistemas, especialmente el cardiovascular, respiratorio y digestivo.

A lo largo del libro nos ocuparemos de los avances en la investigación clínica, epidemiológica, biológica y terapéutica de los Trastornos de Ansiedad.

Definiciones y Etimología

Angustia

Las palabras "angor" o "angina" y "angustia" provienen de la misma raíz griega y luego latina, que significan estrangulamiento, constricción y sofocación, estrechez o estenosis, y se refieren a la sensación de opresión o constricción precordial con desasosiego que domina el cuadro. La angustia es una manifestación afectiva de gran importancia clínica, y se caracteriza por un temor a lo desconocido.

Este temor sin objeto de la angustia se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y conocido, es decir, a un objeto o a una situación determinada. La

angustia puede presentarse de diferentes maneras según cuál sea su origen. Todos hemos sentido, en distintos momentos de nuestra vida, sentimientos de angustia (que pueden ser considerados normales) ante estímulos estresantes que implicaban una amenaza real y nos imponían un desafío. Frente a estas situaciones, si la valoración de la amenaza es irreal, desproporcionada o el estímulo es imaginario, la angustia tiende a persistir y a no extinguirse en el tiempo, transformándose en anormal o patológica. Es decir, el estímulo es percibido erróneamente como amenazador y aunque el individuo se da cuenta de que es irreal, no puede desprenderse de él, aunque quiera. Es evidente que esta valoración interna se hace a diferentes niveles del procesamiento de la información en el sistema nervioso central, contraponiéndose la convicción irracional o intuitiva al conocimiento racional e intelectual, y dominando la primera.

La angustia normal se basa en preocupaciones presentes o acerca del futuro inmediato y desaparece al resolverse las mismas. La angustia patológica, en cambio, es desmedida, tiende a persistir, hace ver al futuro cargado de malos y desconocidos presagios y restringe de este modo la libertad y el desarrollo personal.

El existencialismo habló de una "angustia existencial" que surge como consecuencia de la reflexión del individuo frente a su ubicación en el mundo, ante la Nada y ante la Muerte. La misma fue motivo de profundos análisis filosóficos y deriva del conflicto existencial que todo hombre lleva consigo, como consecuencia de su finitud.

Ansiedad

La palabra *ansiedad* proviene del latín *anxieta*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Clásicamente se ha intentado diferenciar a la angustia de la ansiedad considerando que desde el punto de vista psicopatológico ofrecen matices diferentes.

La angustia, estenosis o estrechez, posee un carácter más somático o visceral (opresión precordial y epigástrica, sobrecogimiento); en cambio, la ansiedad se manifiesta como más fluida y espiritual, presentando síntomas respiratorios predominantes (falta de aire, ahogos, sobresalto). Asimismo, la angustia se vivencia como amenaza de muerte inminente y pérdida del control de uno mismo, sin saber a qué atenerse; la ansiedad, por su parte, se vive más bien como posibilidad de que pueda ocurrir "cualquier cosa", como incertidumbre e inseguridad.

En este libro, a los efectos prácticos, las consideraremos como sinónimos y utilizaremos indistintamente, dado que en los últimos tiempos esta es la tendencia con respecto a las mismas.

Pánico

Actualmente se considera al pánico como una vivencia de miedo muy intenso o terror, con sensación de descontrol, de desvanecimiento o de muerte inminente que se presenta súbita y espontáneamente en individuos predispuestos. Su etimología griega alude al Dios Pan, que era un niño solitario, triste y taciturno, que solía esconderse en una caverna. Si algún extraño se acercaba a perturbarlo, lanzaba un grito espantoso que atemorizaba y hacía huir a quien lo escuchase, con un miedo intenso al que se denominó "pánico".

Miedos y Fobias

La respuesta de miedo, biológicamente heredada, actúa como una reacción defensiva instantánea frente al peligro, que ha protegido al hombre durante mil de años. La dotación genética que nos han legado nuestros antepasados, modelada gradualmente por siglos de existencia en medios adversos, nos ha dotado de respuestas rápidas, automáticas y complejas, que nos protegen de peligros potenciales o situaciones amenazantes y contribuyen a nuestra supervivencia. Para las crías, el miedo es un recurso biológico destinado a protegerlas de los peligros potenciales del entorno. En los mamíferos, la madre protege a su cría de su falta de discriminación durante las primeras semanas, pero al comenzar la separación física de ella y la exploración del entorno, el miedo se convierte en su niño equilibrando la tentación de la curiosidad. Por ejemplo, el miedo a las serpientes y a las tormentas, tan común entre los seres humanos, es casi universal en los primates. Cuando un niño explora el entorno, otros temores lo protegen contra los daños. El temor a las alturas, frecuentemente evita que los niños muy pequeños se trepan a los árboles, y si lo hacen, al mirar hacia abajo y asustarse, tienden a quedarse inmóviles en una rama, demandando ayuda. Estos mecanismos protectores son automáticos y biológicamente heredados.

Ciertos miedos son comunes en determinados estadios del desarrollo evolutivo y no son considerados fobias, a menos que originen una disfunción o incapacidad funcional significativa.

Como dijimos, la distinción esencial entre un miedo común y una fobia es la medida en que esta última perturba la vida cotidiana. Un miedo común puede ser sobrellevado, aunque con cierto malestar, y causa mínima o ninguna alteración en

la vida cotidiana. En cambio una fobia se define, al menos en parte, por la incapacidad que origina.

Un fóbico hace todo lo posible para evitar cualquier objeto o situación temida, y si se topa con ellos, huye lo antes posible. Asimismo, un fóbico anticipará tales encuentros manifestando una gran ansiedad anticipatoria o "miedo al miedo". Un miedo intenso común y una fobia específica leve, no presentan límites claramente establecidos, depende en cierto modo de cómo considere el individuo su aflicción o de que se sienta suficientemente afectado como para buscar un tratamiento.

Cerca del 10% de los niños y entre el 2 al 3% de los adolescentes presentan temores significativos (Duncan M.K. y Popper Ch.W., 1991), pero muchos niños con fobias no son nunca vistos en un consultorio. Las fobias aisladas de la infancia comúnmente remiten espontáneamente; las que aparecen o continúan en la pubertad y adolescencia es probable que persistan si no reciben tratamiento. Muchas veces los padres ignoran los síntomas fóbicos de sus hijos, lo que hace en estos casos especialmente importante la entrevista clínica.

Concepto general de Fobia

Se entiende por fobia a un trastorno caracterizado por un miedo intenso, persistente, excesivo e irracional hacia objetos o situaciones concretas que, por lo general, se acompaña por una pronunciada tendencia a evitarlos.

Síntomas generales de las Fobias

Las personas que padecen fobias presentan síntomas característicos; estos son: la ansiedad fóbica y la evitación fóbica.

La *ansiedad fóbica* se manifiesta ante la presencia real o imaginaria del objeto, persona o situación temida. En este último caso se denomina ansiedad anticipatoria o "miedo al miedo", puesto que se da en ausencia directa del estímulo fóbico.

La ansiedad fóbica comprende un conjunto de síntomas mentales, fisiológicos y conductuales que varían, tanto en sus manifestaciones como en su intensidad general. Entre ellos se encuentran: sentimientos de inseguridad e incapacidad, aprensión intensa, pérdida de control, taquicardia, tensión muscular, etc.

La *evitación fóbica* consiste en una tendencia del individuo a alejarse o rehuir del contacto con el estímulo temido. De hecho, el sujeto fóbico trata de adquirir la mayor información posible acerca de las situaciones en que pueda estar presente el estímulo fóbico, a fin de evitarlo.

Tipos de Fobia

Las fobias, a partir de los aportes de Isaac Marks, se clasifican en tres grandes grupos, que fueron adoptados por las clasificaciones categoriales desde el DSM-III (APA, 1980):

- Fobias Específicas
- Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social
- Agorafobia

Agorafobia

Su etimología griega se refiere al temor al "ágora", que era la plaza principal de las ciudades griegas, y por extensión se la consideró el temor a los espacios abiertos y al desplazarse o viajar solo. La agorafobia es definida tradicionalmente como un temor y evitación a un conjunto de situaciones que varían de paciente a paciente, pero en las que hay temas recurrentes claramente identificables. Marks y col. (1989), revisando estudios de análisis factorial, concluyeron que el núcleo del abanico de situaciones agorafóbicas está constituido por lugares públicos como calles, tiendas, vehículos de transporte público, auditorios y aglomeraciones. En la periferia del abanico se ubican situaciones como estar en ascensores, túneles, puentes, espacios abiertos y sitios elevados. Permanecer solo o afrontar estas situaciones sin compañía resulta particularmente difícil para el agorafóbico, llegando, en las formas severas, a ser totalmente incapacitante, produciendo incapacidad laboral y limitando las actividades familiares y sociales. En su forma más extrema, la agorafobia confina al paciente al hogar, que es el único sitio que vivencia como seguro y exento de peligros. Algunos de ellos ni siquiera pueden permanecer solos en el hogar, necesitando de compañía permanente.

Estrés

La palabra estrés es la traducción española del término original inglés "stress" que significa constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y demanda de energía. Este idioma lo ha tomado del latín "strictiare", que significa estrechar o constreñir (nótese la semejanza con la etimología de la palabra angustia).

Como término general, el estrés designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a las que es sometido un organismo humano o animal, en forma aguda o crónica. Esta primera definición engloba a los estímulos o agentes estresantes. También se denomina estrés a la respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante los diferentes estresores. Y por último, se considera

al estrés como la sumatoria de la interacción de diferentes demandas o exigencias a las que es sometido el individuo y la respuesta específica o idiosincrática a las mismas.

Los agentes estresantes pueden ser de diferente índole y duración, externos e internos, pudiéndoselos dividir en:

Estrés somático o físico

- Exceso de calor, frío u otras condiciones ambientales adversas.
- Exceso de ruido, contaminantes ambientales, agresiones visuales.
- Actividades físicas excesivas o inexistentes (sedentarismo).
- Dolor y enfermedades somáticas.

Estrés psíquico

- Éxitos o fracasos personales notables.
- Frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos.
- Situaciones de cambio vital o de transición en los roles ejercidos (recibirse, retirarse o jubilarse, separarse o enviudar, etc.).

Estrés sociocultural

- Familiares: desavenencias conyugales, pérdida de la autoridad paterna, maternidad, etc.
- Laborales: insatisfacción, mal ambiente de trabajo, sobre o sub-estimulación, desocupación.
- Sociales: reducción del espacio vital, ingresos insuficientes, aglomeraciones, malas condiciones urbanas, agresión de los medios masivos de comunicación, pobreza, marginación social o étnica, etc.

Hans Selye describió en 1936 el Síndrome General de Adaptación (SGA), detallando los ejes biológicos de respuesta del organismo ante diferentes estímulos perturbadores o amenazadores, y estableciendo una secuencia de reacciones específicas (fases de alarma, de resistencia y de claudicación o agotamiento). Este modelo inicial entendió al estrés como una estimulación perturbadora de la homeostasis o equilibrio interno, que provocaba una respuesta, vehiculizada a través de la actividad simpático-adrenal, para restaurar el equilibrio perturbado. El estrés pasó a ser entendido entonces como una respuesta adaptativa en la que se movilizaban automatismos biológicos con cambios específicos en sus manifestaciones, pero

inespecíficos en sus causas, dado que cualquier agente amenazador externo interno podía provocarlo. Los cambios característicos observados en los animales de experimentación eran interdependientes e incluían: hipertrofia de la corteza adrenal, atrofia del timo, bazo y ganglios linfáticos, hemorragias y úlceras gastrointestinales profundas. Es así como Selye (1936) definió al estrés como: respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga". Es de notar que la respuesta biológica es común a muy diversos factores, inespecífica e independiente del tipo de agente causal. En congruencia con esto, la OMS describe el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción". Estas respuestas que disponen al animal y al hombre primitivo para la lucha o huida, son automáticas y ocurren también en el hombre civilizado, con una diferencia fundamental: en este último, se producen los mismos cambios neuroendocrino-vegetativos, pero con una inhibición o socialización de la respuesta agresiva. A su vez, los órganos viscerales (cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc.), efectores terminales de la activación simpática, van acusando el impacto de la misma, al no ocurrir una adecuada descarga motora del sistema músculo-esquelético.

Cuando las demandas del entorno psico-social son excesivas, intensas y prolongadas, se supera la capacidad de resistencia y adaptación del organismo llegando al distrés o mal estrés. El distrés se produce cuando se llega al punto de inflexión de la curva del rendimiento humano, que es creciente primero, luego va achatando y finalmente inicia su descenso. La forma de esta curva es de tipo invertida y grafica como el rendimiento biológico se optimiza a medida que la activación crece, hasta llegar a un punto en que una demanda desmesurada lleva a un incremento excesivo de la respuesta conductual y biológica, situando al organismo al borde del fracaso adaptativo o *breakdown*. A partir de este punto cualquier estímulo adicional, aunque pequeño, puede provocar disfunciones y, consecuentemente, enfermedades dado que el organismo comienza a claudicar en sus intentos de adaptación y cualquier estímulo resulta excesivo e implica un gran esfuerzo.

Nixon, en 1982, describió lo que denominó "Curva de la Función Humana". La misma representa las relaciones entre activación biológica y capacidad adaptativa. Como dijimos, habitualmente todos nos enfrentamos a diferentes niveles de exigencias o tensiones saludables, que estimulan nuestro rendimiento y vamos optimizando la respuesta a medida que la activación crece. Cuando las respuestas se adaptan al estímulo y nuestros parámetros fisiológicos, decimos entonces que hay un buen estrés o eustrés, que nos acompaña a lo largo de la vida, y es indispensable para el desarrollo y funcionamiento psicofísico y para la adaptación al medio. Como ya mencionamos, puede llegarse a un punto en el que las exigencias

sobrepasen a nuestros recursos, y en el que los rendimientos que se intentan resultan insuficientes. Las diferencias pueden ser muy notables entre los individuos; ello se debe a que los seres humanos, ante estímulos de similar magnitud, presentamos reactividades distintas, somos capaces de esfuerzos variables y contamos con cogniciones, habilidades y conductas idiosincráticas. De todas maneras, cuando a una persona se la hace sobrepasar el punto óptimo de la curva de rendimiento-activación, comienza el descenso de sus respuestas hasta llegar al denominado punto "P", de fracaso adaptativo, que representa el estado biológico de colapso o claudicación. Durante este período de descenso del rendimiento, que puede durar desde varios meses a dos años, todos los individuos presentan un perfil de respuestas similar al obtenido en las neurosis experimentales y evolutivas. El sujeto tiende a estar ansioso, irritable e insomne, con alteraciones del humor, disminución del rendimiento psico-físico y del apetito y con sensación de cansancio desde la mañana. Este estado implica una mayor vulnerabilidad ante nuevos agentes estresantes, que se objetiva en diferentes parámetros biológicos reveladores de la falta de modulación cortical (hipercortisolismo con hiperglucemia, hiperlipidemia, hiperuricemia, hipercoagulabilidad, hipertensión arterial y retención hídrica). Esta vulnerabilidad es bien conocida por los clínicos y por investigadores de laboratorio que emplean modelos animales.

Antecedentes históricos de la Ansiedad y el Pánico

En el transcurso de los últimos cien años, una variedad de nombres han intentado designar a la ansiedad en sus variadas manifestaciones y presentaciones, ya sea en forma de crisis agudas o como malestar crónico. Entre estas denominaciones podemos destacar las siguientes: Síndrome de Da Costa, Disfuncionalismo Cardíaco, Corazón Irritable, Síndrome por Esfuerzo, Fatiga Nerviosa, Taquicardia Nerviosa, Astenia Neurocirculatoria, Corazón de Soldado, Neurosis Vasomotora / Astenia Neurovegetativa. Tal como podemos apreciar, los primeros investigadores clínicos centraron su atención en los aspectos somáticos de la ansiedad patológica. Los cardiólogos, en particular, han destacado los síntomas cardiovasculares y respiratorios que se presentan en las crisis, mientras que los psiquiatras, en los últimos años, se han focalizado en la vivencia de terror, descontrol o de muerte inminente que sufren estos pacientes durante los ataques.

En 1871, Jacob Mendes Da Costa describió el síndrome de "Corazón irritable" que lleva su nombre, al observar en el Hospital Militar de Filadelfia, una serie de casos de soldados que habían participado en la Guerra de Secesión, con formas peculiares de alteraciones funcionales cardíacas, viendo que, al no haber pruebas

de una lesión estructural, la alteración podría deberse a una disfunción del sistema nervioso simpático, que producía síntomas como palpitaciones, taquicardia, mareos, respiración jadeante y dolorimiento precordial, ante esfuerzos mínimos o en reposo. Resulta asombroso que Da Costa hiciera una descripción coincidente con la hipótesis actual de hiperactividad noradrenérgica, al expresar: *"Me parece lo más probable que el corazón se vuelva irritable debido a su hiperactividad y a su excitación frecuente, y que la alteración de la inervación mantenga esta disfunción"*.

En 1870, el psiquiatra alemán Westphal, publicó sus observaciones sobre 4 pacientes que padecían lo que denominó Agorafobia. Describió en detalle los síntomas clásicos consistentes en temores fóbicos a permanecer en espacios abiertos y amplios o en otros lugares públicos, como ciertas calles o teatros, y destacó que el síndrome solía aparecer repentinamente y sin razón aparente. También relató la ansiedad anticipatoria que padecían los pacientes cuando tenían que afrontar alguna de esas situaciones fóbicas o aun cuando estaban pensando sobre dicha posibilidad. Aunque Westphal no enfatizó acerca de los ataques de pánico, brindó una clara y sorprendente descripción moderna acerca de los mismos, señalando su ocurrencia espontánea o en situaciones fóbicas.

En el mismo año, Myers, un cirujano militar de la guardia de Coldstream, describió un síndrome similar al de Da Costa, al que denominó "Corazón de soldado". En 1880, el norteamericano George Miller Beard popularizó el cuadro de Neurastenia, consistente en múltiples síntomas: astenia física y mental, incapacidad para todo esfuerzo, irritabilidad, depresión, cefaleas en forma de "casco" y en la nuca, algias varias, insomnio, mareos, palpitaciones, dispepsia, sudoración, temblores, inapetencia y temores varios. Con este término intentó abarcar a un conjunto de enfermedades que se denominaban hasta entonces: postración nerviosa, astenia o discapacidad nerviosa, etc.

Estos diagnósticos quedaron establecidos como entidades clínicas y se llevaron a cabo frecuentemente en la Sanidad Militar al tratar a los soldados jóvenes durante la Guerra Franco-Prusiana y en la guerra de los Boers en 1890. Durante la Primera Guerra Mundial, el síndrome de Da Costa reapareció bajo el nombre de "Disfuncionalismo cardíaco", que fue la designación oficial del ejército Británico para un cuadro que afectó aproximadamente a 60.000 soldados de ese país. En el British Medical Journal de 1916 se publicaron 39 trabajos sobre este síndrome. Nuevamente, las manifestaciones cardíacas de la ansiedad fueron el foco de la atención de los investigadores clínicos, aunque ya por entonces se comenzó a considerar que muchos de los pacientes tenían antecedentes de problemas neuróticos que probablemente contribuían a la presentación del cuadro. En 1917, Sir Thomas Lewis propuso la denominación alternativa de "Síndrome de esfuerzo", que reflejaba una respuesta desmedida del paciente frente a los menores esfuerzos.

El cuadro sintomático consistía en disnea, precordialgia, mareos, palpitaciones, cefaleas, sudoración, astenia, sacudidas mioclónicas, enrojecimiento de la piel, irritabilidad y extremidades frías. En la opinión de Lewis los síntomas eran el resultado de una gran variedad de factores físicos, entre los que se encontraban el exceso de esfuerzo y agotamiento, las enfermedades infecciosas, enfermedades cardíacas subyacentes y anormalidades del Sistema Nervioso Central. En 1918, Oppenheimer, uno de los colaboradores norteamericanos de Lewis, prefirió el rótulo de "Astenia neurocirculatoria", para efectuar una descripción más exacta de la frecuente combinación de síntomas cardíacos y fatiga, en pacientes que no tenían enfermedad cardíaca orgánica sino trastornos funcionales. Nuevamente, estos médicos militares no habían podido reconocer la importancia de la ansiedad y, al explicar los síntomas, la infravaloraban al decir que era un índice de "constitución inferior", propio de individuos "afectos de tendencias neuropáticas", y tendieron a relacionarla a alguna alteración básica aun no descubierta de las funciones fisiológicas. Por esa época, en 1918, Fraser y Wilson inyectaron adrenalina a estos pacientes, comprobando que lograban reproducir el cuadro. Fue la primera comprobación experimental del papel del Sistema Nervioso Simpático en la génesis de los síndromes descritos. Recién en 1941, Woods comprobó que se podían producir los mismos síntomas, tanto en controles normales como en los pacientes, al inyectarles epinefrina. Uno de los primeros médicos en destacar que el tratamiento debía estar centrado en los problemas psíquicos subyacentes y no en el efecto cardíaco, fue Culpin, en 1920, quien destacó la asociación entre síndrome de esfuerzo, ansiedad y fobias.

Durante la Segunda Guerra Mundial, se produjo un reconocimiento más general de la naturaleza y de las manifestaciones de la ansiedad. Durante la misma, se comenzaron a efectuar diagnósticos más precisos, y los soldados que se quejaban de síntomas que antes se consideraban el resultado de alteraciones cardíacas funcionales, pasaron a ser diagnosticados como "Reacción ansiosa", siendo tratados más por el psiquiatra militar que por el internista. En 1941, Wood publicó una investigación sobre 200 combatientes que en el primer año de guerra tuvieron síntomas como disnea, nerviosismo, mareos, fatiga, precordialgia del lado izquierdo, temblores, jadeos y calores repentinos. Sugirió que el síndrome era debido a una combinación entre el esfuerzo psicofísico y el miedo, siendo la psicoterapia el tratamiento de elección. En 1946, Jones y Mellersh observaron que los pacientes con síndrome de esfuerzo suspendían la realización de un ejercicio ergométrico con concentraciones de lactato en sangre más bajas que los sujetos de control. Interpretaron esta diferencia como debida a un temor a dañar su corazón o "Fobia de esfuerzo". Otra línea de investigación, 20 años después, fue iniciada por Pitts y Mac Clure en 1967, quienes estudiaron los efectos de la infusión de lactato,

observando que las personas con una historia de neurosis de ansiedad eran proclives a tener episodios similares a las crisis de pánico, luego de la inyección. Esta investigación pionera fue la base de estudios más recientes de inducción de crisis de pánico en el laboratorio.

Luego de la Segunda Guerra Mundial varios cardiólogos publicaron trabajos reafirmando los conceptos de "Corazón irritable" y de "Astenia neurocirculatoria" en los que no se tenía mucho en cuenta los aspectos psicológicos. Algunos utilizaron nuevos términos, como por ejemplo "Síndrome del corazón hiperkinético" (Gorli 1962) o "Estado circulatorio beta-adrenérgico hiperdinámico" (Frohlich y col. 1966).

En 1938, Soley y Schock sugirieron que los síntomas del "Corazón de soldado" podían atribuirse a una hiperventilación involuntaria con la consiguiente alcalosis respiratoria. En 1939, Caughey describe la "Neurosis cardíaca" como una variedad de neurosis en la que se destacan las manifestaciones cardiocirculatorias en el cuadro clínico. Wolf (1947) observa que la disnea asociada con respiración suspirante es una manifestación común de la hiperventilación crónica, presente en muchos de estos individuos.

Para concluir con las relaciones entre la llamada Neurosis de Ansiedad, Trastorno de Pánico (recién descrito como tal en 1980, por el DSM-III) y la cardiología: Skeritt (1983) destacó que aún hoy muchos médicos clínicos diagnostican pacientes con hipertensión lábil, estado betadrenérgico hiperdinámico, prolapso de la válvula mitral, dolor de pecho atípico, síndrome de hiperventilación o de colapso espasmódico, sin darse cuenta que estos síntomas forman parte muchas veces de un síndrome mayor que es el Trastorno de Pánico (TP). Esta larga historia evidencia las dificultades con que se enfrentaron los internistas para diferenciar el TP de un conjunto de síndromes cardiológicos, neurológicos, neumonológicos o de otro tipo. Aun actualmente la dramática de las crisis en las que se combinan síntomas fisiológicos, conductuales y subjetivos, hace difícil el diagnóstico diferencial para la mayoría de los médicos.

Diferentes enfoques teóricos acerca de la Ansiedad

La Ansiedad o Angustia según Sigmund Freud

La perspicacia clínica de Sigmund Freud, en 1894, le permitió desglosar a partir de la Neurastenia un cuadro al que denominó "*Neurosis de Angustia*", en el artículo: "*Sobre la Justificación de Separar de la Neurastenia cierto Complejo de Síntomas a Título de Neurosis de Angustia*". En el cuadro clínico de la misma Freud incluyó los siguientes síntomas:

- La excitabilidad general, con insomnio e hiperestesia auditiva.
- La espera angustiosa, que fuera luego llamada ansiedad anticipatoria, refiriendo que la misma era permanente y latente:

"Tal ataque puede consistir tan sólo en la sensación de angustia no asociada a ninguna representación o unida a la de la muerte o la locura, o también en dicha misma sensación, acompañada de una parestesia cualquiera (análoga al aura histérica), o enlazada a la perturbación de una o más funciones físicas, tales como la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular. De esta combinación hace el paciente resaltar tan pronto unos factores como otros, quejándose de 'palpitaciones, disnea, sudores, etc.', y en sus lamentos deja con frecuencia sin mencionar la sensación de angustia, o alude ligeramente a ella calificándola de malestar (...)"

aunque a veces pueden presentarse como ataques a los que describe así:

"Para el diagnóstico representa gran importancia el hecho de que la proporción de determinados elementos es infinitamente variable(...) Hay equivalentes del ataque de angustia, todos ellos probablemente, de igual significación, que muestran una gran riqueza de formas(...) He aquí una relación de las formas del ataque de angustia que hasta ahora me son conocidas:

a) Con perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera y hasta graves estados de debilidad del corazón, difíciles de diferenciar de una afección orgánica.

b) Con perturbaciones de la respiración: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los del asma, etc. He de advertir que estos ataques no aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.

c) Ataques de sudor, a veces nocturno.

d) Ataques de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con los histéricos.

e) Ataques de bulimia, acompañados de mareos o vértigos.

f) Diarreas en forma de ataques.

g) Ataques de vértigo locomotor, que consisten en un malestar específico, acompañado de la sensación de que el suelo oscila, se hunden en él las piernas y resulta imposible continuar de pie... Estos ataques se presentan muchas veces acompañados de angustia de la peor clase y combinados con perturbaciones respiratorias y del corazón.

h) Ataques de congestiones o, de aquello a lo que se ha dado el nombre de neurastenia vasomotora y ataques de parestesia."

— "Sobre la base de la espera angustiosa, por un lado, y por otro de la tendencia a los ataques de angustia y de vértigo, se desarrollan dos grupos de fobias típicas, referente uno a las amenazas fisiológicas generales y otro a la locomoción. Al primer grupo pertenece el miedo a las serpientes, a las tormentas, a la oscuridad, a los insectos, etc... El otro grupo contiene la Agorafobia con sus especies secundarias, caracterizadas todas

por su referencia a la locomoción. Con frecuencia hallamos aquí, como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo."

Cuando el ataque de vértigo es acompañado de angustia, Freud refiere, en su genial descripción, que el individuo falla por completo en determinadas condiciones, tales como salir sin un acompañante o caminar por calles estrechas, etcétera.

Es evidente que la descripción de los ataques que hace Freud presenta semejanzas notables con lo que actualmente se conoce como Trastorno de Pánico, y por ello preferimos brindar una reproducción textual de la misma, publicada en sus Obras Completas. Al comienzo Freud teorizó acerca del origen de la ansiedad y de los trastornos psiconeuróticos, al considerar que eran producto de conflictos sexuales. Esta teoría libidinal fue acompañada después por otros aportes, al considerar que la ansiedad era también una reacción psicológica del Yo, frente a los peligros o amenazas del exterior o interior. Freud, en su modelo estructural, concibe a la ansiedad como un afecto del Yo, con fuerza psicológica propia, que actúa como señal ante el peligro. En esta nueva versión la ansiedad era considerada como una reacción del Yo a las fuerzas instintivas del Ello, que cuando no podían ser controladas, adquirían el valor de una amenaza al Yo.

Para las teorías psicoanalíticas actuales, la ansiedad es una señal para el Yo de un impulso inaceptable que está intentando adquirir representación consciente y liberarse y, como señal, provoca en el Yo la adopción de medidas defensivas contra las presiones que proceden del Ello. Si las defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece, pero si la represión no es completamente efectiva, el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos. Se utilizan entonces defensas auxiliares del tipo de la conversión, el desplazamiento y la regresión, a través de las cuales los impulsos adquieren una expresión parcial, aunque desviada, en los síntomas de tipo histérico, fóbico u obsesivo-compulsivo según sea el mecanismo de defensa predominante. Cuando las demás defensas no desempeñan ningún papel, la ansiedad aparece como el único síntoma, y si alcanza niveles por encima de su funcionamiento normal como señal, puede surgir abiertamente en forma de un ataque de pánico. El significado de la ansiedad depende de la naturaleza del conflicto subyacente del cual forma parte, que a su vez es el producto de las experiencias infantiles del individuo que han moldeado su estructura psíquica con la que como adulto enfrenta al mundo. Son los estímulos y amenazas del ambiente actual que activan, para esta teoría, los conflictos y traumas que la persona lleva consigo, causando alteraciones del equilibrio psíquico y movilizándolo a la ansiedad señal, la que a su vez reclama a las diversas defensas del Yo.

Las teorías psicoanalíticas diferencian cuatro modalidades o categorías de Ansiedad:

- 1 – *Ansiedad del Superyo*, que comprende los sentimientos de culpa que proceden de una acción que se considera equivocada y a la ansiedad acompañante atribuible al temor a ser descubierto.
- 2 – *Ansiedad de Castración*, que se refiere genéricamente a la ansiedad que tiene en común el miedo a las lesiones corporales o a la disminución de la capacidad personal. Originariamente se refería específicamente al temor a la mutilación sexual, en base a los postulados freudianos.
- 3 – *Ansiedad de Separación*, que comprende la anticipación temerosa a la pérdida de algún vínculo significativo.
- 4 – *Ansiedad Impulsiva o del Ello*, se manifiesta sobre todo en individuos con tendencia a la agresión, que temen perder el control de sus impulsos y que van a actuar de una forma irracional.

Otros enfoques teóricos acerca de la Ansiedad

En los últimos años, investigaciones clínicas, biológicas y epidemiológicas acerca de los Trastornos por Ansiedad, rescataron la vigencia del modelo médico y significaron un gran avance para la psicopatología general, particularmente en el desarrollo de criterios diagnósticos operacionales, en el proceso para la validación de algoritmos diagnósticos, mediante entrevistas estructuradas y escalas de evaluación, que permiten cuantificar la gravedad del cuadro y sus posibles cambios en el tiempo. Estos recursos permitieron una cobertura sistemática de la enfermedad actual y de los antecedentes psicopatológicos de cada paciente, de un modo que asegura la confiabilidad y vuelve comprensible la información generada.

El término "ansiedad" ha sido ampliamente utilizado en la literatura psiquiátrica y psicológica y abarca diversos significados. Un ejemplo del uso múltiple de este término puede apreciarse en las siguientes descripciones, "soy una persona ansiosa", "me pongo ansioso cuando voy al dentista", o "me siento ansiosa". La primera descripción supone una característica permanente de la ansiedad, con pocas variaciones en diferentes contextos; esto contrasta con la característica específica situacional denotada en la segunda descripción, mientras que en la tercera descripción se designa una cualidad afectiva particular o sentimiento. Estos diferentes significados tienden a aparecer reflejados en las múltiples definiciones de ansiedad que aparecen en la literatura. Spielberger (1972), por ejemplo, la define como "un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo".

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en 1975, la definía "como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es

desconocida". En el glosario de términos técnicos de la última versión del DSM-IV TR (2001) se la define como "la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo". Simpson (1980) define a ansiedad como "una característica de la personalidad de responder a ciertas situaciones con un síndrome de respuesta al estrés". Los estados de ansiedad son, para este autor, una función de la situación que los evoca en un individuo proclive al estrés.

Ansiedad Estado vs. Ansiedad Rasgo

Es importante determinar cuándo la ansiedad es simplemente un estado emocional o cuándo es un rasgo relativamente estable de la personalidad. Esto requiere la distinción entre la ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Spielberger (1972) postula que una teoría adecuada de la ansiedad debe distinguir conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo relativamente estable de la personalidad. Un estado ansioso (*anxiety state*), se caracteriza por sentimientos subjetivos concientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, mientras que la tendencia ansiosa rasgo (*trait anxiety*), ha sido definida como una diferencia individual relativamente estable en la predisposición ansiosa (Spielberger y col. 1970). La tendencia a la ansiedad se correlaciona entre 0.6 y 0.8 con el llamado neuroticismo de Eysenck (1967, 1981). Según Eysenck los neuróticos se caracterizan por presentar una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas muy lentas de habituación a los estímulos. J. A. Gray (1982), afirma que los individuos con una elevada tendencia ansiosa poseen características que reflejan una combinación de introversión y neuroticismo. Este autor relaciona la ansiedad con un sistema de inhibición comportamental muy activo, está controlado desde la neurobiología por el sistema septohipocámpico, sus aferencias monoaminérgicas del tronco cerebral y las proyecciones neurocorticales al lóbulo frontal.

Un estudio de Shields (1962, 1973) que evaluó la heredabilidad del neuroticismo, encontró correlaciones de 0.53 entre pares de gemelos monocigóticos criados separados, de 0.38 para monocigóticos criados juntos y de 0.11 para dicigóticos criados juntos, lo que sugiere un patrón de heredabilidad elevado como factor determinante de la personalidad.

Otro estudio en gran escala de casi 13 mil pares de gemelos, realizado por Floderus-Myrthed y col. (1980), informó la presencia de una heredabilidad para el neuroticismo del 0.5 para hombres y 0.58 para mujeres, lo que expresa que

factor genético puede dar cuenta al menos de la mitad de la variancia. Esta posibilidad sugiere que el aspecto hereditario de los temores y las fobias consiste en una "vulnerabilidad" para desarrollar dichos síntomas. Por consiguiente, los individuos con rasgos o una tendencia ansiosa pueden ser más vulnerables a exhibir estados de ansiedad, si se dan las condiciones requeridas.

Spielberger, Pollance y col. (1984) afirman que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes, y que además tienden a ver el mundo de esta manera, experimentando reacciones de ansiedad estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren una tendencia ansiosa. Por consiguiente, la ansiedad estado se considera un curso emocional identificado como un proceso multicompuesto, que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa.

Esta noción de que algunos sujetos tienen rasgos de personalidad muy consistentes y elevados de ansiedad, que influyen sobre su conducta a lo largo de un rango de situaciones, también tiene sus críticas.

Izard (1972), al referirse a la ansiedad, dice: "Presentaré una formulación de la ansiedad como una combinación variable de emociones fundamentales que interactúan (...) En particular propongo que la ansiedad comprende al miedo y a dos o más de las emociones fundamentales del estrés, como la vergüenza (incluyendo la timidez y la culpa), la rabia y la emoción positiva de interés y excitación".

Ekman y Friesen (1982) revisaron una variedad de estudios clasificatorios e infirieron que existen cinco emociones básicas, de las cuales una es la ansiedad o el temor, las otras son la felicidad, la tristeza, la rabia y el disgusto o asco.

Leventhal y Scherer (1987) sugieren que las emociones son "reacciones complejas comportamentales, que reflejan la actividad constructiva de un sistema de procesamiento jerárquico común y multicompuesto, en el cual todos sus niveles y componentes se encuentran involucrados virtualmente en todas las experiencias y reacciones emocionales".

Modelo de los Tres Sistemas o Tripartito de la Ansiedad de Lang

Actualmente se trata de considerar a la ansiedad como un fenómeno unitario y se la tiende a evaluar como un estado que se expresa por vía de, como mínimo, tres sistemas diferentes, mediante el llamado Modelo de los Tres Sistemas o Tripartito de la ansiedad de Lang. Este autor (1971), junto a Lang, Rice y col. (1972) han propuesto que las emociones humanas en general y la ansiedad en particular, comprenden respuestas en tres sistemas comportamentales principales, consistentes en componentes independientes de:

- conductas motoras
- expresiones lingüísticas y
- estados fisiológicos

que constituyen el ya mencionado modelo de los tres sistemas.

La *respuesta motora* habitual, en relación a estímulos que eliciten la ansiedad, comprende conductas evitativas y otros aspectos del comportamiento, como un aumento o una disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores.

El componente de *expresión lingüística*, llamado originariamente por Lang (1985) *Sistema Verbal Cognitivo*, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal de los mismos. En un sentido amplio, puede comprender toda la percepción o evaluación individual del estímulo, incluyendo recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, del temor, del terror, del pánico y quejas asociadas de preocupaciones, obsesiones, incapacidad de concentrarse e inseguridad. Su evaluación no es materia fácil, porque incluye descripciones del sujeto desde sus percepciones de activación fisiológica.

El componente o *sistema fisiológico* de la ansiedad, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con incrementos de la tasa cardíaca, respiratoria, sudoración y tono muscular.

El mismo Lang (1985) afirmó que hay tres sistemas de respuesta separados comprendidos en la ansiedad, que son el comportamental, el fisiológico y el verbal o cognitivo. Las situaciones potencialmente ansiógenas, en general tienen efectos en estos tres sistemas y también existen evidencias de que los mismos frecuentemente presentan fallas en su concordancia, por lo cual no pueden ser tenidos en cuenta como equivalentes. Existen varias razones para la falta de concordancia habitual en diferentes personas en los tres sistemas de respuestas; por ejemplo, el sistema comportamental implica aquellas respuestas más influidas por las restricciones sociales, mientras que el sistema fisiológico es el menos influenciado por ellas. Resulta evidente, por otra parte, que los determinantes temperamentales y de personalidad también influyen en cuál será el sistema de respuesta más relevante para cada individuo.

También se ha notado que los tres sistemas pueden variar en el tiempo en relación a los procedimientos de reducción de la ansiedad, un fenómeno llamado desincronía por Hodgson y Rachman (1974). En muchos casos, las diferencias entre los tres sistemas no son tan claras y hay diversos grados de interrelación de unos con otros. Un tema inherente a la teoría de los tres sistemas es el problema de identificar el agente causal en relación a la ansiedad. Si uno asume que este modelo se refiere simplemente a modos de respuesta, la reacción tampoco puede ser considerada la causa.

A pesar de las diferencias entre ellos, la mayoría de los terapeutas cognitivos concuerdan en que los pacientes que padecen trastornos de ansiedad presentan

pensamientos negativos y autoderrotistas acerca de sí mismos y su circunstancia, así como una tendencia a catastrofizar. A su vez señalan que una terapia orientada a cambiar estos patrones de pensamiento puede conducir a la recuperación. Sin embargo, una característica que limita a la terapia cognitiva clásica es que se encuentra confinada a los pensamientos y creencias conscientes. Recordemos que la mayoría de los procesos conscientes tienen un antecedente preconiente. Comprender al mismo implica comprender el procesamiento emocional subcortical.

La denominada *psicología cognitiva experimental* presenta un número de ventajas para estudiar el fenómeno de la ansiedad, dado que permite la evaluación de los procesos preconientes, además de los conscientes, y es menos susceptible a algunos de los factores de prejuicio que pueden invalidar los autoinformes que son utilizados por la psicología social cognitiva para evaluar los procesos cognitivos. Existen procesos automáticos preatencionales y pensamientos conscientes (atencionales), que se incluyen todos dentro del sistema cognitivo, visto desde una perspectiva amplia. Según MW Eysenck, (1992) estos conceptos han producido muchas controversias y no son universalmente aceptados.

Sistema de Inhibición Comportamental de Gray

J.A.Gray (1982-1985) propuso una teoría neuropsicológica, que fue diseñada, entre otras cosas, para explicar las diferencias individuales en la tendencia ansiosa y distinguir algunas de las principales categorías de la ansiedad clínica. Gray (1982) describió el *Sistema de Inhibición Comportamental* (SIC) y afirmó que hay cuatro tipos de estímulos que pueden activar este sistema: señales de castigo, señales de no recompensa, estímulos novedosos y estímulos de temor innato.

Investigaciones en ratas efectuadas por este autor indicaron que las lesiones del sistema septohipocámpico dan lugar a efectos similares a los que producen los fármacos ansiolíticos, los cuales reducen la entrada noradrenérgica a dicho sistema. Gray, también consideró las relaciones del SIC con el funcionamiento cognitivo y afirmó que el hipocampo constituye parte de un sistema que cumple funciones de comparador. Este comparador recibe información acerca del estado actual del mundo y también hace una predicción de cómo estará el mismo en un futuro; además, decide si hay una concordancia entre los eventos predichos y los actuales y verifica cual es el próximo evento por ocurrir. Si hay un desacuerdo entre lo actual y lo esperado, se activa un estado de alerta, se activa una advertencia acerca del estímulo o evento que pueda tener un efecto disruptivo sobre el comportamiento planificado y se activan las salidas de este sistema. Gray, afirmó también que los individuos con una elevada tendencia

ansiosa presentan un sistema de inhibición comportamental mucho más activo que aquellos que tienen bajos rasgos ansiosos, siendo más sensibles a la señal de castigo, a las de falta de recompensa y a las novedosas. De acuerdo a es autor, las diferencias individuales en la tendencia ansiosa dependen del sistema septo-hipocámpico, sus proyecciones neocorticales al lóbulo frontal y los sistemas monoaminérgicos aferentes del tronco cerebral. Gray estima que la contribución de la herencia a dichas condiciones, da cuenta de alrededor de un 50% de la variancia. Estas afirmaciones han sido rebatidas posteriormente y existen discrepancias sustanciales al respecto.

Otros autores han enfatizado el rol del aprendizaje y del procesamiento de información en la tendencia ansiosa, lo que puede dar cuenta de la naturaleza multidimensional de la misma. Por ejemplo, las experiencias previas de un individuo en situaciones traumáticas o estresantes influyen en la información que acumula en la memoria a largo plazo, y esto a su vez tiene un impacto en la susceptibilidad del individuo a la ansiedad hacia este tipo de situaciones. Lo anterior dicho explica las diferencias entre el funcionamiento cognitivo de los individuos con elevada o baja tendencia a la ansiedad, los que difieren sobre todo en el funcionamiento pre-atencional o atencional, más que en otros aspectos, dado que la atención necesita ser selectiva en los primeros, favoreciendo a los estímulos amenazantes sobre los neutrales. Los individuos con tendencia ansiosa elevada presentarían por ello una clara desventaja, al tener un sistema atencional que constantemente evalúa el entorno y comprometiéndose de manera limitada en el procesamiento de estímulos no amenazantes.

Finalmente, las hipótesis de Gray dan cuenta de diversos cuadros de ansiedad en la clínica, por ejemplo, los obsesivo-compulsivos podrían tener un sistema de comparación hiperactivo, los fóbicos tendrían un comparador que detecta muchas discordancias ante la presencia de estímulos atemorizantes de tipo innato provenientes de ciertos animales, como víboras y arañas; los estados de ansiedad generalizada surgirían de una elevada sensibilidad del SIC a toda clase de estímulos que lo gatillen, y serían los individuos con una elevada tendencia ansiosa quienes sufren una tendencia mayor a desarrollar trastornos ansiosos. Sin embargo, autores como Fahrenberg (1987) efectuaron estudios metodológicamente bien diseñados y replicaron investigaciones que no confirman las hipótesis de Gray, desde el punto de vista psicofisiológico.

Ansiedad, emoción y cognición

Cuando se considera a la ansiedad desde una perspectiva evolutiva se la puede definir como "un estado displacentero o aversivo que tiene una significación

biológica, la cual es la detección rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia". Recordemos que puede ser fatal, por ejemplo, ignorar el olor a humo al estar dentro de un edificio, ya que esto puede significar el inicio de un incendio. Por lo tanto, la función clave de la ansiedad es facilitar la detección de situaciones amenazantes o peligrosas en diferentes entornos. Si bien esta detección es importante para la supervivencia, en algunos pacientes ansiosos puede estar tan desarrollado este proceso de detección del peligro, que los mismos se vuelven hipervigilantes y exageran tanto el número como la severidad de los posibles peligros que los rodean. En dichos casos, la ansiedad se vuelve clínicamente disfuncional o patológica.

Recordemos que una de las funciones principales del sistema cognitivo es el pensar, intentar anticipar y/o planificar el futuro. El hecho de que la mayoría de las personas prevean y estimen de manera aproximada lo que harán la próxima semana, el próximo mes, o el próximo año, refleja cómo es el núcleo del funcionamiento de este sistema, es decir, la capacidad de anticipación.

El diccionario inglés Collins nos ofrece la siguiente definición: "*la ansiedad es un estado de dificultad o 'tensión', causado por la aprehensión de posibles infortunios, peligros y preocupaciones*". La noción de que los pensamientos acerca de futuros eventos aversivos tienen una significación relevante en los estados de ansiedad ha sido reafirmada por algunos cognitivistas como Beck y Emery (1985), quienes dijeron: "*el paciente ansioso anticipa un posible daño a sus vínculos con otras personas, a sus propósitos y objetivos, a su habilidad para enfrentar los problemas y desempeñarse adecuadamente, y por último, a su salud o supervivencia*".

Algunas evidencias empíricas apoyan lo antedicho, dado que algunos pacientes refieren que ciertas situaciones que anticipan infortunios o incertidumbres futuras, habitualmente preceden al inicio de la ansiedad clínica. Por otra parte, los sujetos normales, a los cuales se les pregunta sobre los peores momentos de ansiedad que han vivido en el pasado, generalmente informan que estos episodios fueron gatillados por eventos que en aquel momento se referían al futuro. La anticipación futura comprende al sistema cognitivo y a la emoción ansiosa, unidos mediante el fenómeno de la preocupación. Los contenidos de la preocupación se relacionan esencialmente con futuros estados aversivos o situaciones posibles indeterminadas: "Si..., entonces ...".

Por otra parte, los individuos con una elevada tendencia o predisposición ansiosa relatan que tienden a preocuparse considerablemente más que aquellos que exhiben una baja predisposición ansiosa. En los primeros, la preocupación constituye el elemento crucial del trastorno de ansiedad generalizada o TAG, cuando llegan a desarrollar esta enfermedad, de acuerdo a la definición del DSM-IV (1994).

Uno de los puntos de acuerdo en la mayoría de los investigadores del campo de la ansiedad es que la misma es un fenómeno complejo, que puede ser estudiado desde un número variado de perspectivas.

Diferentes aspectos cognitivos de la psicopatología han sido el foco de interés en las últimas décadas y un gran número de teorías cognitivas acerca del origen, el mantenimiento, el curso y el tratamiento de la ansiedad se han desarrollado a lo largo de dicho período. La ansiedad y la depresión, como síntomas o como entidades clínicas, tienen dentro de su fenomenología importantes componentes subjetivos. Las emociones en sí mismas están signadas por un fuerte componente subjetivo y tanto los estados emocionales como los trastornos que ellas comprenden abarcan actitudes, creencias y evaluaciones personales. Además del contenido, distintas etapas del procesamiento cognitivo pueden ser afectadas por el tono emocional, incluyendo la atención, la abstracción, la codificación y la evocación.

Por otra parte, el tema de la primacía de los afectos reconoce una historia controversial largamente desarrollada en las diferentes escuelas psicológicas del siglo XX.

En ese sentido se han desarrollado diversas teorías, una de las más antiguas es la de James Lange (1885). Esta afirma que un estímulo evocador de emociones produce tanto cambios en la actividad autonómica como cambios muscular-esqueléticos y faciales. Esta teoría sostiene que la experiencia subjetiva o los sentimientos que surgen a partir de la emoción son un resultado directo de dichos cambios. Según Lange, no estamos inquietos y temblorosos porque estamos ansiosos, sino que nos ponemos ansiosos porque estamos inquietos y temblorosos. Cannon desarrolló otra teoría, criticando a esta y argumentando que la sensación corporal es demasiado lenta y difusa para dar cuenta de la velocidad y el amplio rango de las experiencias emocionales. Según su punto de vista neurofisiológico, propuso que los estímulos llegan a la corteza vía sistemas subcorticales, si estos estímulos son emocionales por naturaleza, los sistemas subcorticales no solo informan a la corteza, causando la experiencia emocional subjetiva, sino que también informan a los sistemas periféricos del organismo, originando la respuesta corporal. Para dicho autor la estructura subcortical particularmente importante involucrada en las emociones era el tálamo pero actualmente se sabe que es la amígdala.

Ansiedad y Cognitivismo

En síntesis, como antecedente histórico, la teoría de James-Lange ubica el énfasis en las cogniciones, subrayando que es la percepción del estímulo la que causa los cambios corporales que subsecuentemente son vivenciados como

emociones. En contraste, la teoría de Cannon (1927) enfatiza que el estímulo actúa sobre estructuras subcorticales provocando tanto reacciones corticales como corporales, tendiendo a quitar el énfasis puesto en las cogniciones como parte imprescindible del proceso.

El Cognitivismo de Beck

El constructo central de la teoría cognitiva de la ansiedad en la clínica es el concepto de esquemas [Beck y Emery (1985), Beck y Clark (1988)]. Barlett, en 1932, había definido a un esquema como *"un cuerpo integrado de conocimiento acumulado en la memoria a largo plazo"*, sugiriendo que el mismo influye sobre los procesos de memoria; mientras otros teóricos agregaron que también afecta a los procesos preceptuales, atencionales y de comprensión. Beck y Clark (1988) afirman que las estructuras cognitivas o esquemas *"guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsistente o irrelevante es ignorada u olvidada (...)"*.

Los esquemas desadaptativos del paciente ansioso comprenden a las amenazas percibidas, físicas o psicológicas, al dominio o territorio personales, así como un sentido exagerado de vulnerabilidad. Existe otro término, descrito por los mismos autores, que es el modo, el cual consiste en *"diversos grupos de reglas y conceptos que son organizados en término de función de temas generales"*. En el caso de los trastornos de ansiedad, es el modo de la vulnerabilidad o el peligro el que resulta dominante. De acuerdo a Beck y Emery, existen diversas similitudes entre los pacientes ansiosos o depresivos en el procesamiento de la información en ambos grupos los esquemas desadaptativos distorsionan sistemáticamente los procesos que comprenden la percepción, la acumulación y la recuperación de información, aunque en el grupo ansioso se informan y procesan selectivamente los pensamientos e imágenes vinculadas a la ansiedad. También Beck y Emery (1985) hacen predicciones acerca del funcionamiento y los sesgos cognitivos de los pacientes ansiosos, los cuales han sido comprobados experimentalmente. Uno de ellos afirma que los mismos son hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación, pero no tienden a responder igual a sus aspectos positivos o benignos. También sugieren que el rango de estímulos que pueden evocar la ansiedad en el TAG, puede incrementarse de tal modo, que casi todos los estímulos son percibidos como peligrosos. Otra conclusión de estos autores es que este tipo de pacientes tienden a interpretar los estímulos ambiguos de manera amenazante, y por último, afirman que el paciente ansioso utiliza gran parte de su capacidad cognitiva para escanear y percibir los estímulos amenazantes. Por consiguiente, la

capacidad cognitiva disponible para atender a otras demandas cotidianas se encuentra restringida severamente. El enfoque teórico de Beck y Emery tiene el gran mérito de ser el primer intento sistemático para brindar una teoría cognitiva para la ansiedad en la clínica.

Según Ingram y Kendall (1987), las variantes cognitivas que comprende la ansiedad son:

- las proposiciones o contenidos cognitivos,
- las estructuras cognitivas o esquemas,
- las operaciones cognitivas y
- los productos cognitivos.

Las *proposiciones o contenidos cognitivos* se refieren a la información que actualmente es representada y puesta en consideración.

Las *estructuras cognitivas o esquemas* pueden ser vistos como mecanismos mediante los cuales la información es organizada interiormente y representada en la memoria.

Las *operaciones cognitivas* son los procesos y procedimientos mediante los cuales el sistema cognitivo opera y los *productos cognitivos* son el resultado de la interacción de contenidos, operaciones y estructuras cognitivas.

Beck y Emery (1979) propusieron que determinados esquemas cognitivos y pensamientos automáticos son típicos de los estados de ansiedad y juegan un rol crucial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad. La relación clave con la ansiedad respecto a los contenidos de los esquemas y a su funcionamiento, se ve reflejada en los temas de peligro o daño hacia el individuo. Beck (1985) destacó que cuando una amenaza es percibida, los esquemas cognitivos relevantes se activan, y los mismos son utilizados para otorgar significado y evaluar el suceso, mediante una serie de ajustes que permiten encajar los esquemas apropiados previos a una amenaza específica. La interpretación final es la resultante de una interacción entre el evento y estos esquemas.

Beck y Emery también nos dicen que los individuos ansiosos, como resultado de una activación de esquemas asociados, procesan de modo selectivo la información relevante a peligros personales, considerando al esquema como la manera en la cual la información es arreglada y representada en la memoria. Los esquemas se organizan en constelaciones o subsistemas, y se refieren a modos correspondientes a preocupaciones motivacionales amplias vinculadas al temor y al peligro. De acuerdo a las mismas, según estos autores, se puede predecir cuales serán los prejuicios hacia cierto material que contenga una preocupación particular para un individuo determinado. En síntesis, el modelo de ansiedad de Beck y Emery propone que los individuos ansiosos procesan

selectivamente la información relevante a peligros personales, como resultado de la activación de sus esquemas asociados. Ellos consideran que los esquemas están organizados en constelaciones de subsistemas o modos correspondientes a preocupaciones motivacionales más amplias, relacionadas al miedo y al peligro. De acuerdo a esto, uno podría predecir ciertos prejuicios hacia determinados materiales que tienen un significado particular para un individuo determinado.

Otros autores han descripto el cuadro del TAG, como Beck y Emery, en base a su experiencia clínica: *"el paciente ansioso es hipervigilante, escanea constantemente el entorno buscando signos reveladores de daño personal o de un desastre inevitable y selectivamente atiende a los estímulos que indican posible peligro, que se vuelven obvios e ignoran a los estímulos que indican que no hay peligro"*.

Aportes de otros cognitivistas a la temática de la Ansiedad

Ingram y Kendall (1986) sugieren que *"mientras la gente ansiosa tiene esquemas generales, consistentes en proposiciones relevantes para su sí mismo o 'self', el acento se desplaza de los mismos -cuando la situación es realmente percibida como amenazante o peligrosa- hacia un esquema diseñado específicamente para facilitar el procesamiento ante las claves de peligro, tanto externas como internas"*. Esta proposición efectúa de este modo, una distinción entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.

Williams (1988) al referirse en general a los trastornos de ansiedad, dice que *"hay una alta tasa de evaluación del entorno, una distracción general, una ampliación de la atención o una focalización de la atención destinada a detectar estímulos amenazantes y un estrechamiento de la misma después que el estímulo saliente ha sido detectado"*. Estos autores presumen también que hay una diferencia importante entre los individuos normales con baja o alta tasa de rasgos ansiosos y que la hipervigilancia constituye el ingrediente central del factor de vulnerabilidad cognitiva. Finalmente, se supone que la mayoría de los aspectos incluidos en la hipervigilancia constituyen un factor de vulnerabilidad latente, que se puede manifestar bajo condiciones de estrés o en circunstancias de mucha ansiedad.

Otro hecho demostrado por la evidencia clínica, es que los pacientes que sufren diferentes trastornos de ansiedad, los cuales se dan en una elevada comorbilidad, manifiestan todos prejuicios cognitivos similares.

Sanderson, DiNardo, Rapee y Barlow (1990) llegaron a encontrar una tasa de comorbilidad del 70% en un grupo de pacientes con trastornos de ansiedad. Sus hallazgos los llevaron a la siguiente conclusión: *"los síntomas claves de diversos trastornos de ansiedad, como las crisis de pánico, los pensamientos intrusivos, los temores*

sociales y la excesiva preocupación parecen estar presentes en la mayoría de los pacientes que se presentan con un diagnóstico principal comprendido en alguno de ellos". La incidencia de comorbilidad significa que puede ser extremadamente difícil establecer diferencias entre los prejuicios cognitivos de los pacientes que pertenecen a diferentes categorías diagnósticas. Sin embargo, hay evidencias razonables de que los diversos Trastornos de Ansiedad configuran entidades distintas, por ejemplo, el pánico así como el TOC reconoce un componente genético en su origen, mucho mayor que el TAG y exhiben, por otra parte, numerosos signos y síntomas que los diferencian claramente. Por ejemplo, los pacientes con Trastorno de Pánico presentan diversos prejuicios o sesgos atencionales vinculados a los estímulos referidos a amenazas y tienden a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes. McNally y Foa (1987) describieron que los pacientes agorafóbicos interpretan de manera amenazante escenarios ambiguos que comprenden estímulos internos o externos. Clark (1988) informó que *"los pacientes pánicos interpretan a las sensaciones corporales ambiguas como amenazantes, pero no a aquellos escenarios o entornos que comprendan eventos generales o sociales o síntomas que no tengan un inicio abrupto"*.

Los cognitivistas como Williams (1987) argumentan que *"el comportamiento humano, incluyendo las conductas fóbicas, son ampliamente reguladas por los pensamientos y que las personas evitan, sobre todo a causa de sus pensamientos"*; sin embargo, otros destacados especialistas en terapia conductual como Marks (1987) cuestionan lo que ellos ven como la "falacia" de la supremacía de lo cognitivo, suponiendo que los pensamientos no son necesariamente la causa de la ansiedad, pero sí un signo de la misma. La cuestión de las cogniciones como causa o consecuencia de la ansiedad ha sido frecuentemente el centro de debate en los últimos tiempos y también resulta esencial a la noción del desarrollo de las emociones y sentimientos en general.

La importancia de los factores cognitivos para determinar los estados emocionales ha sido también enfatizada por Lazarus (1966) quien propuso una serie de evaluaciones cognitivas que intermedian las respuestas a los eventos del entorno. Lazarus (1984) argumentó que la actividad cognitiva es una precondition necesaria de lo emocional, debido a que cuando se experimenta una emoción la persona debe comprender que su bienestar se encuentra implicado en una transacción, para mejor o peor.

La *evaluación primaria (primary appraisal)*, es el resultado de que el evento sea evaluado en términos de su relevancia respecto al bienestar, como benigno, positivo o estresante. La evaluación primaria evalúa el peligro de la situación en términos de qué es lo peligroso y cuáles son los recursos disponibles. Las posibles salidas de una evaluación primaria son: 1) aceptación de la situación, 2) una decisión de actuar y 3) una decisión de que se necesita más información.

La evaluación secundaria (secondary appraisal), comprende una evaluación de los recursos, tanto personales como del entorno, de que dispone el individuo para afrontar la situación y comprende la acción, intentos de cambiar la situación, huir de la misma o algún otro comportamiento. También comprende el afrontamiento emocional, y las maneras de lidiar con los afectos que son generados por la situación, e incluye tácticas como distorsión, negación, no pensar acerca de ello o buscar apoyo emocional de otra persona. El término *appraisal*, traducido aquí como evaluación, sería una ponderación del significado del conocimiento acerca de lo que está ocurriendo y de sus consecuencias sobre nuestro bienestar personal.

Richard Lazarus distingue levemente el estrés de la ansiedad, así como la evaluación primaria y secundaria de las situaciones. Este modelo también provee recursos para otros temas destacados, como estrategias de evaluación que permiten diferenciar las personas con tendencia a la ansiedad de los individuos no ansiosos.

Dentro del fenómeno cognitivo es posible que se incluyan procesos preconcientes, que comprenden mecanismos automáticos, rápidos e inaccesibles a la conciencia, tal como lo señalara Zajonc (1980). Este autor afirma que afecto y cognición integran dos sistemas separados y parcialmente independientes y, aunque habitualmente funcionan juntos, el afecto puede surgir o darse sin un previo proceso cognitivo (Zajonc, 1984). Para este investigador, el afecto puede preceder a la emoción. Esta suposición la basó en una serie de estudios, en los que los sujetos respondían preferentemente a los estímulos a los que habían sido expuestos con anterioridad, aunque eran incapaces de decir que ellos habían visto el estímulo previamente. Esto puede deberse a que los aspectos afectivos de los estímulos son procesados de manera independiente de sus atributos físicos y, por consiguiente, nos formamos impresiones positivas o negativas por separado, de modo tan rápido como desempeñamos tareas basadas en lo cognitivo para clasificar y reconocer distintos estímulos. Esto depende de cómo uno conceptualice lo cognitivo, si implicamos en ello solamente al procesamiento mental superior y no a formas preconcientes o más primitivas de reconocimiento y juicio afectivo.

Dixon (1981) afirmó que existen evidencias de procesamiento preconciente de la información respecto a amenazas personales, lo cual se asocia con una facilitación de las reacciones de ansiedad. Evidentemente la emoción es un fenómeno complejo que se puede conceptualizar como una intrincada cadena de eventos interrelacionados a partir de retroalimentaciones sucesivas, que usualmente comienzan con un estímulo externo y el proceso de evaluación del mismo.

Rachman (1981) coincide con Zajonc en que el afecto es precognitivo y, si esto es así, el cambiar las cogniciones no necesariamente produciría un cambio afectivo, lo que desafia las suposiciones básicas implícitas en las teorías y técnicas cognitivas. Pero también se sabe que las cogniciones tienen una amplia influencia

sobre los sistemas emocionales y que uno puede identificar los pensamientos automáticos productores de ansiedad antes de que se produzca la activación emocional.

Greenberg y Safran (1984) sostienen que *"la experiencia emocional es probablemente el resultado de diferentes actividades de procesamiento de información, en las cuales las cogniciones y el afecto parecen operar de una manera combinada, influyendo una sobre la otra, de modo recíproco e interdependiente"*. Este modelo coincide con el trabajo de Leventhal, quien sugiere que *"la complejidad de los procesos de elaboración de estímulos puede variar en diferentes etapas de la experiencia emocional"* y propone un modelo en el cual las emociones son vistas como ligadas a reacciones expresivo-motoras, autonómicas, y a recuerdos, imágenes e ideas, de tal manera que la activación de un componente puede llevar a la puesta en marcha simultánea de otros componentes.

Bower, en 1981, propuso que las emociones se asocian por unidades de propósito especial o nodos, impregnadas en cada persona por una red asociativa que codifica conceptos, acciones y eventos. La teoría de las redes de emociones de Bower, propone un cierto número de hipótesis, una de las cuales, la congruencia del humor, se relaciona estrechamente con la hipótesis del procesamiento selectivo de Beck y Emery. La noción de *"congruencia del humor"* sostiene que aquellos estímulos cuya significancia afectiva concuerda con el estado emocional de la persona, van a provocar una mayor atención, una percepción más rápida y un procesamiento elaborativo mayor, y serán mejor aprendidos que los estímulos neutrales o los materiales incongruentes con el humor. De esta manera es como la gente tiene un prejuicio o una selectividad atencional hacia ciertos materiales que concuerden con su estado emocional.

El tema central en todas estas teorías es si uno adopta como alternativa un modelo lineal o unidimensional de la ansiedad, en el cual los procesos de aprendizaje llevan a reacciones de base cognitiva y cambios de comportamiento, o si se plantea una hipótesis alternativa de ver a la ansiedad como un fenómeno complejo y multifacético, en el cual diferentes componentes operan de manera interactiva y recíproca. En este sentido, es probable que los procesos neurofisiológicos comportamentales y cognitivos, así como sus componentes, estén organizados en un sistema de procesamiento jerárquico de la información, con entradas cuyos componentes varían de tiempo en tiempo. En congruencia con esta teoría multinivel de la ansiedad, Barlow, en 1988, considera que *"la ansiedad es una estructura cognitiva, afectiva, y difusa, que consiste en un ciclo de retroalimentación negativo, integrado por componentes con intenso afecto negativo, de magnitud variable. En este ciclo, tanto los eventos internos como los externos se suceden de una manera impredecible e incontrolable, dando lugar a activaciones desadaptativas de la atención... cada componente individual"*

contribuye al desarrollo de un ciclo, que a su vez afecta a otros componentes de la estructura".

Quizás, una razón posible de la falta de integración entre la investigación y la práctica profesional relacionada a la ansiedad, tanto en la clínica como en la psicología de la salud, es que la ansiedad ha sido considerada clásicamente de manera dicotómica, como normal o patológica, más que como un *continuum* que va de la salud a la enfermedad, tal como se la observa en la práctica clínica cotidiana.

La literatura actualmente vigente considera que la ansiedad disposicional, incluye:

- la sensibilidad ansiosa (SA),
- los rasgos o tendencias ansiosas y
- El neuroticismo.

Ella puede servir como un factor de vulnerabilidad, que determina la reacción individual a eventos internos o externos. En algunas instancias, cuando el individuo se focaliza crónicamente en los temas ansiosos, esto puede tomar la forma de una ansiedad patológica. En otras instancias, la ansiedad disposicional puede actuar como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la enfermedad.

Si recordamos la distinción entre la ansiedad como rasgo o tendencia y la ansiedad como estado, podemos decir que la tendencia ansiosa es una dimensión de la personalidad, mientras que el estado ansioso, según Spielberger y col. (1970), *"está caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión, aprensión y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo"*. Otros autores han dicho que la distinción entre estado versus tendencia, se refiere principalmente a su duración temporal; un estado, generalmente, dura un período relativamente corto de tiempo, mientras que un rasgo o tendencia permanece esencialmente invariable por períodos considerables de tiempo.

Los rasgos o tendencias se supone que provienen de factores causales remotos, como la herencia y las experiencias de la infancia temprana, mientras que un estado depende sobre todo de la situación actual o de desencadenantes inmediatos.

Esta distinción nos hace recordar a aquella entre disposición y ocurrencia establecida por Ryle (1949) quien sostenía que la disposición *"es una propiedad de un organismo u objeto que se infiere de sus respuestas predecibles en las circunstancias apropiadas, mientras la ocurrencia es un evento único observable"*. Según las teorías de H. J. Eysenck (1967) y Gray (1982) las diferencias individuales en la tendencia ansiosa o en el neuroticismo son debidas principalmente a la herencia y por consiguiente, los niveles individuales para la tendencia ansiosa-neuroticismo, permanecen constantes a lo largo del tiempo. Estos autores sugieren que la herencia sirve para determinar las diferencias individuales en el nivel de respuesta de ciertos sistemas fisiológicos. De acuerdo a Eysenck (1967) las diferencias individuales en el neuroticismo dependen, sobre todo, del funcionamiento del denominado

cerebro visceral, que consiste en el hipocampo, la amígdala, el cíngulo, el septum y el hipotálamo.

Sensibilidad Ansiosa

Así como las personas varían en su tendencia a experimentar síntomas ansiosos, también varían en sus temores respecto a dichos síntomas. Para la mayor parte de las personas la ansiedad es meramente displacentera, mientras que para otras es aterradorante. En su descripción original, el constructo de sensibilidad ansiosa (SA) o *anxiety sensitivity* denota estas diferencias individuales en el temor hacia la ansiedad (Reiss y McNally, 1985). Más específicamente, la sensibilidad ansiosa se refiere a los temores, a los síntomas ansiosos basados en creencias de que dichos síntomas pueden tener consecuencias dañinas. Por consiguiente, un individuo con elevada sensibilidad ansiosa puede creer que las palpitaciones cardíacas significan un ataque cardíaco discapacitante, mientras que un individuo con baja SA, es probable que las considere como meramente displacenteras y sin consecuencias.

El concepto de sensibilidad ansiosa (SA) fue originariamente descrito por Reiss y McNally (1985). De manera teórica, la sensibilidad ansiosa es predictiva del comportamiento y el desarrollo de reacciones ansiosas, las conductas predictivas de SA comprenden el escape de o la evitación de síntomas de ansiedad, en una variedad de situaciones o trastornos. Algunos han equiparado a la SA con el miedo al miedo, sin embargo, Reiss (1991) postula que los individuos difieren en esta sensibilidad antes de experimentar una crisis de pánico por primera vez, o sea que la misma es disposicional.

La sensibilidad ansiosa está compuesta por tres factores correlacionados:

- el temor a las sensaciones somáticas,
- el temor al descontrol cognitivo y
- el temor a reacciones ansiosas públicamente observables.

Estos factores pueden ser reducidos a temores más básicos, como el temor a la muerte, a la locura y a la evaluación negativa.

El constructo de SA fue desarrollado como parte de un marco teórico más amplio a la teoría de las expectativas de Reiss, que intenta dar cuenta de las diferencias individuales en la tendencia a adquirir temores comunes y fenómenos relacionados, por ejemplo, ansiedad, pánico y conductas evitativas (Reiss, 1991; Reiss y McNally, 1985). Reiss propuso que la SA puede explicar las diferencias individuales para el condicionamiento de diversos miedos y reacciones relacionadas.

Las personas pueden variar mucho en su tendencia a experimentar ansiedad; algunos vivencian síntomas de ansiedad ante una mínima provocación, mientras otros se ponen ansiosos solo bajo circunstancias estresantes muy extremas.

El constructo de tendencia ansiosa (*trait anxiety*), denota estas diferencias individuales en la predisposición ansiosa. Para diferenciar los dos conceptos, podemos decir que la tendencia ansiosa es un constructo de orden más elevado, que denota una tendencia general a responder de manera temerosa a diferentes estresores, mientras que la SA es un constructo de más baja categoría que denota una tendencia específica a responder de manera temerosa a los propios síntomas ansiosos. Una elevada SA puede preceder la ocurrencia del pánico y puede constituir un factor de riesgo cognitivo para los trastornos de ansiedad en general (Reiss y McNally, 1985) y del trastorno de pánico en particular (McNally y Lorenz, 1987). En este sentido tenemos que distinguir entre conceptos disposicionales y ocurrentes; la SA es un concepto disposicional o de tendencia, mientras que las respuestas temerosas interoceptivas pavlovianas y las interpretaciones catastróficas de síntomas son conceptos ocurrentes o de estado. La SA denota una tendencia a responder de manera temerosa cuando la persona experimenta síntomas relacionados a la ansiedad. El concepto disposicional de SA se distingue así del concepto ocurrente de ansiedad anticipatoria, llamada vulgarmente "miedo al miedo" (Beck, 1996). Este último denota un estado de ansiedad provocado por una expectativa amenazante.

Resumiendo, podemos dividir a los conceptos en:

- Disposicionales, de rasgo o de tendencia: Por ejemplo, la sensibilidad ansiosa, la tendencia ansiosa, el neuroticismo;
- De estado u ocurrentes: Por ejemplo, la ansiedad anticipatoria o miedo al miedo, las interpretaciones catastróficas.

El Índice de Sensibilidad Ansiosa (ISA) o *Anxiety Sensitivity Index* (Peterson y Reiss, 1992; Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986) ha sido la principal medida de SA. El ISA se compone de 16 ítems, los cuales indagan acerca del grado por el cual una persona considera a las sensaciones relacionadas a la ansiedad como atemorizantes o catastróficas en sus consecuencias (Peterson y Reiss, 1992). Esta medida tiene fuerte validez para identificar los sistemas de creencias relativos al trastorno de pánico, a la agorafobia y otros trastornos. Es un índice sensible, si bien no específico, ya que se han observado puntajes elevados en pacientes alcohólicos o con dolor crónico. En lo que hace a la predicción de recaídas, puntajes elevados al finalizar un tratamiento, podrían sugerir una mayor vulnerabilidad a padecer recaídas frente a situaciones estresantes o ansiógenas futuras y al posible desarrollo de nuevos trastornos.

Otra utilidad del ISA es su valor predictivo, por ejemplo; Bruce, Spiegel, Grek y Nuzarello en 1995, descubrieron que el ISA fue el único predictor significativo de retiro estable o sin inconvenientes del alprazolam, en pacientes con trastorno de pánico. Recordemos que este fármaco suele presentar inconvenientes a la hora de su discontinuación, por la elevada dependencia que origina su uso prolongado.

Davey, en 1992, desarrolló la teoría del neocondicionamiento, que pone el énfasis no en la experiencia directa de condicionamiento, sino en la adquisición de expectativas. Esta perspectiva comparte muchos criterios con las aproximaciones cognitivas al temor, puesto que no se limita a los temores clásicamente condicionados, sino que considera el aprendizaje observacional por modelado o la adquisición de información verbal amenazante.

Eysenck (1991) ha propuesto lo que él llamó la teoría de la hipervigilancia, de acuerdo a ciertas características de los individuos ansiosos. En los individuos con elevada tendencia ansiosa, la hipervigilancia puede manifestarse en una diversidad de formas, como las siguientes:

- Vigilancia general, que se demuestra por una propensión a atender a cualquier estímulo irrelevante que se presenta. Esto se conoce como "distractibilidad".
- Una elevada tasa de escaneo del entorno, que comprende numerosos movimientos oculares rápidos que recorren el campo visual una y otra vez.
- Hipervigilancia específica, la cual se demuestra por una propensión a atender selectivamente a los estímulos amenazantes respecto a los neutrales.
- Un estrechamiento de la atención previa a la detección de un estímulo relevante y luego, cuando el estímulo saliente de tipo amenazante es procesado.

Como datos adicionales, se sabe que los individuos con un estilo atencional hipervigilante perciben el entorno mucho más amenazante que aquellos que no lo son y esto aumenta las posibilidades de que desarrollen ansiedad clínica.

Otros autores han comprobado que los individuos ansiosos tienden a explorar el ambiente mucho más rápidamente que los no ansiosos, sobre todo en lo que respecta al campo visual y posibles signos de amenaza.

Ansiedad y preocupación

La preocupación es uno de los síntomas más comúnmente informados por los pacientes con problemas psicológicos y tiene una importancia relevante respecto a la ansiedad. Sin embargo, se le ha prestado poca atención como síntoma, sobre todo porque hay desacuerdo respecto a una definición adecuada de la misma, y segundo, porque es un evento interno mental, que resulta difícil de medir o evaluar. Borkovec, Robinson y col. (1983) definen a la preocupación "como una cadena de pensamientos e imágenes vinculados a un afecto negativo y relativamente incontrolables. El proceso de preocupación representa un intento de comprometerse en la resolución de un problema mental o de un tema cuya salida es incierta y que contiene la posibilidad de una o más salidas negativas". A consecuencia de ello, la preocupación se vincula estrechamente al proceso de miedo. O'Neill, en 1985, sostuvo que la preocupación y la ansiedad son dos referentes de la

misma cosa. Para este autor la preocupación indica solo el componente cognitivo y la ansiedad incluye el componente autonómico, conceptos no del todo aceptados por otros estudiosos. Numerosas evidencias, por otra parte, indican que la preocupación es un componente importante de la tendencia ansiosa y del neuroticismo, así como es el síntoma clave del trastorno de ansiedad generalizada o TAG.

Barlow (1988) afirmó que las preocupaciones excesivas y / o irreales, informadas por los pacientes con TAG, caen dentro de cuatro dominios:

- de la familia,
- de las finanzas,
- del trabajo y
- de las enfermedades personales.

Barlow administró junto a Sanderson el Esquema de Entrevista para Trastornos de Ansiedad a estos pacientes y descubrió que el 79% de los pacientes con TAG tenían preocupaciones irreales acerca de sus familias, el 57% acerca de la finanzas, el 43% acerca del trabajo y solamente el 14% sobre enfermedades personales.

Barlow también propuso que las preocupaciones intensas de estos sujetos con trastornos ansiosos suceden a consecuencia de una compleja cadena de eventos:

- 1- Ciertas situaciones o un alerta inexplicable llevan a la evocación de proposiciones ansiógenas archivadas en la memoria y producen un estado afectivo negativo.
- 2- El afecto negativo causa un desvío de la atención desde el entorno exterior al foco interno o interoceptivo de autoevaluación.
- 3- El foco de autoevaluación lleva a un estado de hiperalerta casi permanente.
- 4- El estado de hiperalerta o activación da lugar a la sobrevaloración de un esquema cognitivo aprensivo, esto a su vez activa una habilidad para percibir, predecir o controlar situaciones actuales o futuras, hipervigilancia y estrechamiento de la atención. Esto último es especialmente importante, ya que evita que la atención se dirija a los sucesos que van ocurriendo en el entorno no relacionados a la preocupación.
- 5- La activación del esquema cognitivo aprensivo sobrevalorado produce preocupación y esta lleva a un desempeño disfuncional, lo cual puede incrementar el afecto negativo y por consiguiente activar la secuencia mencionada arriba de una forma más severa.

Las personas con elevada tendencia a la preocupación expresan más esta característica que las que no la tienen ante muchos eventos amenazantes. La probabilidad de que un estímulo amenazante del entorno inicie un proceso de preocupación

en un individuo depende de varios factores, como una interacción con las estructuras de preocupación acumuladas, del estado emocional actual y de la magnitud de la situación amenazante. Es probable que los individuos con una elevada tendencia ansiosa, pero sin manifestar aun otras patologías, tengan estructuras de preocupación más elaboradas que los que no tienen esta característica y tiendan a preocuparse más y por más tiempo.

Tallis, Eysenck y Mathews (1991) implementaron una tarea y encontraron que en el subgrupo de personas con una tendencia excesiva a preocuparse el tomar decisiones les llevaba mucho más tiempo que a los integrantes del subgrupo de no preocupados, sobre todo cuando los estímulos presentados en las tareas eran ambiguos. Los primeros requerían de amplias evidencias para poder implementar una solución. De acuerdo a estas teorías, el proceso de preocupación sirve a tres funciones principales: una función de alarma, una función de rapidez y una función de preparación.

La preocupación está determinada por el valor de amenaza de un posible evento negativo y el valor amenazante en sí mismo está determinado por la probabilidad subjetiva de que el evento ocurra, la inminencia subjetiva del mismo, su aversividad percibida y las estrategias percibidas ante el mismo.

Existen diversas razones por las cuales los individuos con una elevada tendencia ansiosa se preocupan más que los que tienen una baja tendencia ansiosa, el valor de amenaza de los estímulos del entorno tenderá a ser mayor para ellos, debido a sus prejuicios atencionales o sesgos interpretativos, pueden poseer más conjuntos de preocupaciones estructuradas y pueden percibirse a sí mismos como carecientes de estrategias de afrontamiento. Por otra parte, su alto requerimiento de evidencias para decidir, los lleva a rechazar soluciones razonables ante las preocupaciones corrientes. Factores similares o iguales, probablemente den cuenta de la mayor proporción de tiempo que los pacientes con TAG emplean preocupándose, a diferencia de las personas normales.

Asimismo, se ha comprobado que los elevados niveles de ansiedad tiene un efecto adverso en la eficiencia del procesamiento de la información y en el desempeño del individuo.

En lo que hace al Trastorno de Ansiedad Generalizada o TAG, que es el trastorno de ansiedad por antonomasia, si bien mucho se ha hecho para describir el cuadro, todavía quedan por identificar con exactitud sus causas. Torgersen, en 1983, descubrió que la frecuencia de trastornos de ansiedad entre los cogemelos de probandos con TAG era del 20% para los monocigóticos y de 17% para los dicigóticos; sin embargo, la incidencia de TAG entre familiares de primer grado de pacientes con esta enfermedad es del 20%, comparado al 4% entre los controles (Noyes y col. 1987). Estos hallazgos, combinados con los de Torgersen

en 1983, sugieren que la transmisión familiar de esta enfermedad sería simplemente mediada por el aprendizaje.

Enfoques Comportamentales de la Ansiedad

La Ansiedad como una respuesta emocional condicionada

Las aproximaciones comportamentales a la ansiedad están basadas en el supuesto de que la ansiedad puede ser pensada como una respuesta emocional condicionada (Wolpe y Rowan, 1988). El supuesto inicial se basó en el hecho de que procesos de condicionamiento clásico podrían explicar el apareamiento de estímulos neutrales previos con la provocación de una respuesta de ansiedad incondicionada, para generar la ansiedad fóbica. Este supuesto probó ser un principio heurístico útil para desarrollar métodos de tratamiento, sobre todo la desensibilización sistemática de Wolpe y sus variantes. El punto relevante de la evaluación ansiosa desde esta perspectiva es el suponer que la ansiedad es una respuesta emocional condicionada, lo cual confirmaría la idea de que la ansiedad está vinculada a un estímulo o es situacional. De esta manera, la ansiedad es vista simplemente como relacionada a eventos que la estimulan o provocan, incluyendo especialmente a los eventos cognitivos. Según este punto de vista, la ansiedad aparece ante la presencia de un estímulo interno o externo y rápidamente disminuye en ausencia del mismo.

A los fines de llevar a cabo la desensibilización sistemática de la ansiedad, los estímulos reales o imaginarios provocadores son ordenados en función de variantes temáticas, espaciales o temporales, de acuerdo a su poder para producir o generar ansiedad.

La evaluación de la ansiedad desde una perspectiva del condicionamiento afirma que mientras la ansiedad tiende a generalizarse a lo largo de dimensiones de estímulos, las variantes de generalización son relativamente circunscriptas. Una persona que teme a las serpientes es probable que también tema a las arañas, pero no necesariamente a dar exámenes o a enfrentarse con desconocidos.

Preparación

El supuesto de que las fobias eran siempre condicionadas no soportó los tests empíricos. Uno de los supuestos que no parece ser válido es el supuesto de la equipotencialidad, que implica que cualquier estímulo puede igualmente ser el objeto condicionado de una fobia. Seligman (1971) propuso el concepto de preparación (*preparedness*). Su idea es que algunos apareamientos de estímulo-res-

puesta tienen mayor probabilidad de asociarse, debido a su valor de supervivencia durante la evolución de las especies. La selección evolutiva nos prepara para hacer ciertas clases de asociaciones más fácilmente que otras, por ejemplo, los niños frecuentemente desarrollan temores a los perros después de haber sido asustados o mordidos por ellos, pero no desarrollan una fobia a una ventana tras haberse apretado los dedos al cerrarla. Los temores a animales amenazantes, supuestamente, se encuentran en mejor estado de preparación para el condicionamiento.

Una extensión interesante de este concepto de preparación ha sido desarrollada por Ohman, Dimburg y Ost (1985), quienes afirman que diferentes formas de fobias tienen diferentes orígenes evolutivos. Las fobias específicas, según estos autores, están relacionadas tanto a situaciones que implican precaución, como las alturas, o a algunas especies de animales peligrosos, como las serpientes. Es probable que estas fobias estén ligadas a diferentes estímulos y se presenten frecuentemente en la infancia temprana. La adolescencia y la madurez, habitualmente tienen una rara incidencia de fobias específicas, dado que la experiencia y las habilidades adquiridas permiten discriminar los peligros reales de los falsos. El trastorno de ansiedad social, se presume, está basado en relaciones de dominancia intraespecie, por la cual cierta clase de situaciones, como compartir comida, tratar con figuras de autoridad, o concretar una interacción heterosexual tienen evidentemente un significado evolutivo para la especie humana. Estos temores sociales se originan en la adolescencia y suelen ser más anticipatorios por naturaleza. Este análisis implica que las fobias específicas y las sociales presentan diferentes síntomas y diferente curso debido a sus orígenes evolutivos distintos.

Reiss (1991) extendió la aproximación del neocondicionamiento para desarrollar su teoría de las expectativas, describiendo cómo la sensibilidad ansiosa y las expectativas se asocian para crear respuestas relativas al miedo, incluyendo el pánico, la ansiedad, la evitación y las conductas de escape. Esta teoría específica que hay tres temores fundamentales o sensibilidades, el temor a la enfermedad, a las heridas y a la muerte, al que se agrega luego el temor a ser evaluado negativamente. Estos temores fundamentales, son temores o estímulos aversivos inherentes a la mayoría de los individuos. Este mismo autor compara estos temores fundamentales con los temores comunes, que no son aversivos de manera inherente.

Los temores pueden ser adquiridos por tres tipos de aprendizaje (Rachman, 1990):

- experiencias condicionantes traumáticas,
- aprendizaje observacional (modelado o *modeling*), y
- recepción de información verbal amenazante que sea relevante.

Las expectativas se refieren, según Reiss (1991), a lo que una persona piensa que puede ocurrir cuando se encuentra o afronta al objeto o situación temida, por

ejemplo, “yo creo que otras personas se van a dar cuenta de mi temor y vergüenza ante ellas” o “creo que voy a tener una crisis de pánico si voy sola al supermercado”. Mientras que las sensibilidades o temores fundamentales se refieren a los motivos que tienen las personas para temer el evento anticipado, como por ejemplo: “no puedo soportar el pensamiento de sentirme disminuido” o “las crisis de pánico producen ataques al corazón”. La teoría de Reiss propone que existen amplias diferencias individuales en las sensibilidades y que la SA es un factor específico de la persona (Reiss y McNally, 1985), mientras que las expectativas de ansiedad y peligro son factores específicos situacionales.

Teoría Bioinformacional de las Emociones de Lang

Esta teoría fue desarrollada por Peter Lang (1979, 1983, 1985). Desde su perspectiva, una fobia puede ser vista como un conjunto organizado de proposiciones acumuladas en la memoria. Cuando la red de proposiciones se activa en totalidad o en parte, la persona experimenta ansiedad, la cual, como toda emoción, presenta los componentes de valencia, vigilancia y dominancia-control.

La ansiedad se caracteriza por valencias negativas, hiperalerta y baja dominancia o pérdida de control. Las proposiciones consisten en un sujeto, una relación entre sujeto u objeto y un objeto, Lang distingue proposiciones de estímulo, de respuesta y de significado:

- Las *proposiciones de estímulo*, se refieren a la naturaleza del objeto del temor,
- las *proposiciones de respuesta*, se refieren a las calidades de la respuesta al objeto y
- las *proposiciones de significado*, se refieren a las diferencias e implicancias del objeto en cuestión.

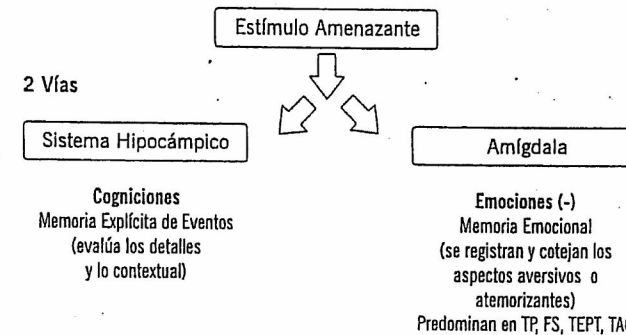
Una evaluación de ansiedad para Peter Lang, debería incluir un conjunto de estímulos, respuestas y componentes del significado del temor. Estas medidas pueden separar a la ansiedad de la depresión y otros afectos, no solamente por su contenido, sino también por las cualidades de valencia, vigilancia y dominancia en las proposiciones.

Correlatos con la Neurobiología

Procesamiento emocional y cognitivo: dos vías posibles

En las dos últimas décadas diferentes avances en el terreno de la neurociencia han permitido esclarecer la polémica, ya presentada previamente, acerca de la preeminencia de los aspectos cognitivos o emocionales en el procesamiento de la información relevante a la ansiedad.

Las estructuras encargadas de procesar la información que uno recibe, pueden ser descritas a través del siguiente esquema:



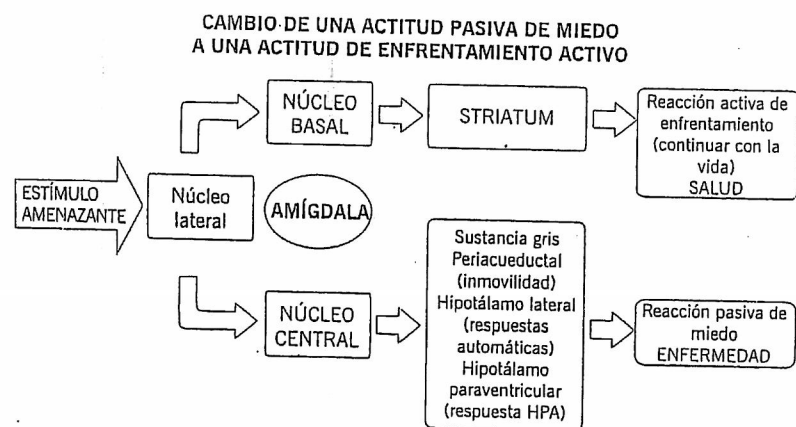
Por otra parte se ha comprobado que existen dos vías de respuesta, una rápida, de conexión subcortical más directa, vinculada a estructuras límbicas y por consiguiente a lo emocional, que opera de modo automático o a nivel subconsciente, y otra más lenta e indirecta, que asciende a la corteza, donde se elaboran de forma conciente los aspectos cognitivos propiamente dichos, implicados en la respuesta al temor o a situaciones ansiógenas.

Cambio de una actitud pasiva de miedo a una de afrontamiento activo

Las vías neuroanatómicas necesarias para el desarrollo del temor condicionado han sido descritas en detalle recientemente por Joseph Le Douarin. El estímulo condicionado, proveniente de las vías sensoriales desde el entorno exterior, se detiene primero en el tálamo y la corteza; y desde cada una de dichas estaciones se dirige al núcleo lateral de la amígdala. Este núcleo es el responsable de vincular al estímulo condicionado con el incondicionado y por consiguiente también, de integrar el recuerdo de la experiencia. Este recuerdo será de utilidad en futuros episodios. De este modo el estímulo condicionado accede a los circuitos de respuesta emocional, y para lograrlo se establece una comunicación entre el núcleo lateral y el núcleo central de la amígdala; éste a su vez distribuye su salida a una variedad de estructuras cerebrales relacionadas a diversos componentes conductuales y fisiológicos de la respuesta del miedo. Se ha comprobado que las lesiones del núcleo lateral o central de la amígdala bloquean todas las respuestas de miedo producidas por un estímulo condicionado a sonidos intensos, pero las lesiones en las áreas del tronco cerebral conectadas al núcleo central solamente eliminan las respuestas individuales al mismo.

Si se lesiona la región gris periacueductual se anulan las respuestas de congelamiento o parálisis al estímulo condicionado, pero no los incrementos en la tasa cardíaca, en la presión arterial, en la respiración o las respuestas de la corteza suprarrenal, es decir, los correlatos neurovegetativos y neuroendocrinos de la ansiedad.

Recordemos que un estímulo atemorizante incita una constelación de respuestas de miedo en los animales de experimentación, que comprenden congelamiento o inmovilidad defensiva y activación de respuestas neuroendocrinas y autónomas, lo cual guarda una similitud importante con algunas reacciones que se observan en el ser humano sometido a un estrés traumático severo.



Adaptado de Denis Charney, APA, 2002.

Estudios llevados a cabo con ratas, durante las últimas dos décadas, han implicado a la amígdala en este proceso de aprendizaje. La clínica ha demostrado, por otra parte, que los individuos sometidos a un TEPT ven sus vidas paralizadas y se vuelven dubitativos, se retraen emocionalmente y dejan de responder a los estímulos vinculados a sus sentimientos. Las claves provenientes del entorno emocional que les recuerdan el suceso traumático les gatillan respuestas comportamentales, endócrinas y autónomas.

El olor del fuego, o imágenes de un incendio, o noticias relacionadas a un suceso similar al acontecimiento traumático vistas por la TV, son suficientes para activar en un sobreviviente de un incendio mecanismos que lo ponen hiperalerta. Este tipo de respuestas paraliza al individuo y muchas veces le impide o le hace muy difícil volver a su vida normal.

Específicamente, el núcleo lateral de la amígdala es donde el estímulo condicionado e incondicionado se integran, por consiguiente la exposición a un estímulo

atemorizante condicionado entra en el núcleo lateral donde se codifica su significado; del núcleo lateral a su vez se dirige al núcleo central de la amígdala y más adelante activa áreas del tronco cerebral comprendidas en el control de movimientos específicos de la conexión de miedo. Las conexiones con la región gris periacueductual controlan la respuesta de inmovilidad o congelamiento, las conexiones con el hipotálamo lateral controlan las respuestas autonómicas y los haces que se conectan con el hipotálamo paraventricular controlan las respuestas endócrinas del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal.

Los animales y las personas, de manera involuntaria, expresan estas respuestas ante un estímulo atemorizante. Sin embargo, mediante un proceso de respuesta activa, el flujo de la información puede ser derivado, en lugar de estas vías, al núcleo basal de la amígdala y desde allí, probablemente, a los circuitos motores del estriado, permitiendo una respuesta activa de enfrentamiento, la cual lleva al animal a evitar exitosamente el evento desencadenante del miedo.

Se ha demostrado recientemente que las vías que inician la respuesta pasiva de miedo, que se dirigen del núcleo central de la amígdala al tronco cerebral, pueden ser redireccionadas. Después de haber sido completamente condicionadas, se les da a las ratas la opción de moverse a otro lugar durante la ocurrencia del estímulo condicionado; si hacen esto, se da por finalizado el estímulo condicionado, una condición que señala que el shock no va a ocurrir. El aprendizaje de esta respuesta requiere que se derive el flujo de la información a partir del núcleo lateral de la amígdala.

En lugar de ir al núcleo central y participar de una respuesta pasiva de miedo, se envía desde el núcleo lateral al núcleo basal de la amígdala que no proyecta al tronco cerebral, pero sí a los circuitos motores del estriado ventral. Al dirigirse a esas vías alternativas, la respuesta pasiva de miedo es reemplazada por una estrategia activa de afrontamiento. Esta derivación del flujo de la información del núcleo central al basal y el aprendizaje implicado en ella, no ocurre si la rata permanece pasiva; pero si aprende por ensayo y error, tomando una actitud activa, se inicia un proceso por el cual el éxito de acabar con el estímulo condicionado refuerza la acción asumida. Cuando la rata cambia de un afrontamiento pasivo a uno activo, su desempeño implica un equivalente neurológico, a continuar con la vida y mantener la salud.

Una persona que vive traumatizada por un desastre deja de hacer una serie de actividades e intenta evitar los estímulos relacionados al trauma, permaneciendo en una actitud pasiva de desesperanza y falta de respuesta. Si recordamos que uno de los rasgos distintivos de los trastornos de ansiedad es la evitación de situaciones que llevan a activar el miedo o la ansiedad, cuando la persona asume una actitud pasiva, ve alterada su vida normal, lo cual es parte de la descripción de la enfermedad.

Si se puede lograr un cambio de esta actitud pasiva mediante una estrategia de afrontamiento activo, se acaba con el condicionamiento mediante la exposición y al mismo tiempo se continúa con la vida. Esta última actitud de afrontamiento activo de la adversidad es la que da lugar, según mi punto de vista, al concepto de *Resiliencia*, entendida esta como resistencia activa ante lo valorado como negativo o adverso.

La ciencia experimental ha demostrado que la introducción de una respuesta activa de afrontamiento redirige el procesamiento desde una vía que controla la pasividad disfuncional a una que lleva un control exitoso que nos compromete con el entorno. Si un individuo comienza a reducir sus actividades con el objetivo de prevenir situaciones dolorosas o recordatorias del trauma, su conducta de evitación puede transformarse de una manera de evitar el dolor a ser parte de la reacción patológica (Le Doux, 2001).

Ansiedad y Personalidad

El DSM-IV (APA, 1994) adoptó un esquema categorial para los Trastornos de Personalidad o del Eje II, definiendo a los mismos mediante criterios diagnósticos discretos. Organizó a los 10 Trastornos de Personalidad que describe dentro de tres grupos o *clusters*, en base a dimensiones o similitudes descriptivas; sin embargo, destaca los límites frecuentemente difusos entre varios de estos trastornos. La otra aproximación a la patología de la personalidad usa una aproximación dimensional, mediante la cual los pacientes son descriptos a lo largo de un continuo descriptivo. Dos ejemplos bien conocidos de esta aproximación son aquellos de Eysenck y Eysenck (1964) y Cloninger (1993), compuesto de siete dimensiones.

Una forma apropiada de evaluar estos trastornos es mediante instrumentos de entrevistas estructuradas, como el SCID-II (Ver bibliografía CAP11).

El *cluster* o grupo C describe tipos de personalidad con rasgos temerosos, ansiosos o inhibidos y está actualmente compuesto por los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de personalidad.

Se ha observado una comorbilidad frecuente entre algunos Trastornos de Ansiedad y rasgos o Trastornos de Personalidad vinculados al grupo C, el más común de ellos es la relación entre el Trastorno de Ansiedad Social o TAS (Eje I) y el Trastorno evitativo de personalidad (Eje II). La superposición descriptiva de ambos trastornos es tan amplia que algunos autores, al estudiar la comorbilidad, han notado prevalencias tan altas como un 90% (Schneier y col. 1991), aunque en realidad las definiciones de ambos se superponen, tanto como para ser consideradas la misma entidad cuando el TAS es generalizado y de larga data.

Entre algunos pocos desarrollos interesantes en esta área, se encuentra el vínculo entre variables de temperamento en niños y la presencia de TP o TA en sus familias.

La inhibición comportamental, ya descrita en otra parte de este libro, pone de manifiesto un cuadro de retraimiento o ansiedad frente a nuevas situaciones y se piensa que es un rasgo permanente del comportamiento (Kagan y col. 1988). En un estudio, los pacientes con TP con AGF presentaron un porcentaje elevado de hijos con inhibición comportamental (Rosenbaum, Biederman y col. 1988).

Si bien no hay estudios sistemáticos referidos al tratamiento de los Trastornos de Personalidad del grupo C, diversas experiencias han comprobado la eficacia de diferentes ISRSs en los mismos.

Los criterios resumidos del DSM-IV para los Trastornos de Personalidad del grupo C son los siguientes:

Trastorno de la personalidad por evitación

Incluye un patrón general de inhibición social con sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, con 4 o más de los siguientes:

- (1) Evitar trabajos, actividades interpersonales por miedo a ser rechazado, desaprobado o criticado.
- (2) Ser reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
- (3) Represión en las relaciones íntimas por miedo al ridículo.
- (4) Preocupación por ser rechazado o criticado en situaciones sociales.
- (5) Inhibición en situaciones interpersonales nuevas por sentimientos de inferioridad.
- (6) Verse como socialmente inepto, poco interesante o inferior a los demás.
- (7) Reacio a correr riesgos personales o implicarse en actividades nuevas y comprometedoras.

Trastorno de la personalidad por dependencia

Necesidad excesiva de que se ocupen de uno con conductas de sumisión, adhesión y temores de separación, con 5 o más de los siguientes ítems:

- (1) Dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no es aconsejado y reafirmado en exceso por los allegados.
- (2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en los aspectos principales de su vida.
- (3) dificultades para expresar el desacuerdo por temor a perder el apoyo o la aprobación.
- (4) dificultades para iniciar proyectos o hacer las cosas a su manera por inseguridad.
- (5) en su afán de ser aprobado se ofrece como voluntario para realizar tareas desagradables.
- (6) Se siente incómodo o desamparado al estar solo debido a temores exagerados de no saber cómo cuidarse a sí mismo.

- (7) Al terminar una relación importante busca inmediatamente otra.
- (8) Se preocupa de forma no realista por el miedo a que le abandonen.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Un patrón general caracterizado por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, con 4 o más de los siguientes ítems:

- (1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista lo esencial de una actividad.
- (2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de tareas.
- (3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión del ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
- (4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en cuestiones de moral, ética o valores (no atribuible a identificación con una subcultura o religión particular).
- (5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles aunque no tengan valor sentimental.
- (6) Resistencia a delegar tareas o trabajos en otros por temor a que no lo hagan a su modo.
- (7) Un estilo avaro en los gastos para él o los demás con una tendencia a acumular dinero con vistas a catástrofes futuras.
- (8) Mostrar rigidez y obstinación.

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Según el DSM-IV (APA, 1994), los trastornos incluidos dentro de esta clasificación, a los cuales se le han compatibilizado los códigos de la CIE-10 (OMS, 1992), son los siguientes:

Trastornos de ansiedad:

- F41.0 Trastorno de pánico sin agorafobia
- F40.01 Trastorno de pánico con agorafobia
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
- F40.2 Fobia específica (Especificar tipo: animal /ambiental sangre-inyecciones-daño /situacional /otro tipo)
- F40.1 Fobia social o Trastorno de Ansiedad Social (Especificar si: generalizada)
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (Especificar si: con poca conciencia de enfermedad)
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático (Especificar si: agudo o crónico, Especificar si: de inicio demorado)

- F43.0 Trastorno por estrés agudo
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a ... (indicar enfermedad médica) (Especificar si: con ansiedad generalizada /con crisis de pánico /con síntomas obsesivo-compulsivos)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
(Especificar si: con ansiedad generalizada/ con crisis de pánico/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos. Especificar si: de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia)
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

Bajo el subtítulo de *otros Trastornos de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia* se ha incluido el:

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación (Especificar si: de inicio temprano)

Se incluyen a continuación los diagnósticos más frecuentes que se presentan en comorbilidad. *Es importante tener en cuenta los códigos vigentes al completar la historia clínica, recetar en formularios preimpresos, elaborar informes médicos o certificados.*

Trastornos de la personalidad (Grupo C del Eje II)

- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación
- F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia
- F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Trastornos adaptativos

- F43.xx Trastorno adaptativo
- .20 Con estado de ánimo depresivo
- .28 Con ansiedad
- .22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- .24 Con trastorno de comportamiento

Trastornos del estado de ánimo

- F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único
- F33 Trastorno depresivo mayor recidivante
- F34.1 Trastorno distímico

Demografía de los Trastornos de Ansiedad

Para finalizar, es importante conocer la importancia relativa que tienen los Trastornos de Ansiedad como grupo dentro del ámbito de la salud mental. A continuación presentaremos dos cuadros con las prevalencias en el último mes y a lo largo de la vida de diferentes trastornos de ansiedad incluidos en esta categoría.

Prevalencia en la población general adulta Según el Estudio ECA o *Epidemiologic Catchment Area* (Área de Captación Epidemiológica)

TRASTORNO	Prevalencia 1 -mes %	Prevalencia de por vida %
Trastorno de Ansiedad (todos)	7,3	14,7
Trastorno de Pánico	1,5	3,5
Trastornos Fóbicos	6,2	12,5
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	1,3	2,5

Fuente: Eaton y col, Am. J. Psych., 1994
Regier y col., Arch. Gen. Psychiatry, 1998

Encuesta Nacional de Comorbilidad de EE. UU.

(N=8098) o NCS (*National Comorbidity Survey*)

Prevalencia de Trastornos de Ansiedad en la Comunidad (Población adulta)

	1 año (%)	de por vida (%)
Trastorno de Pánico	2,3	3,5
Agorafobia con o sin pánico	2,8	5,3
Fobia social	7,9	13,3
Fobia simple	8,8	11,3
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	3,1	5,1
Algún trastorno de ansiedad	17,2	24,9

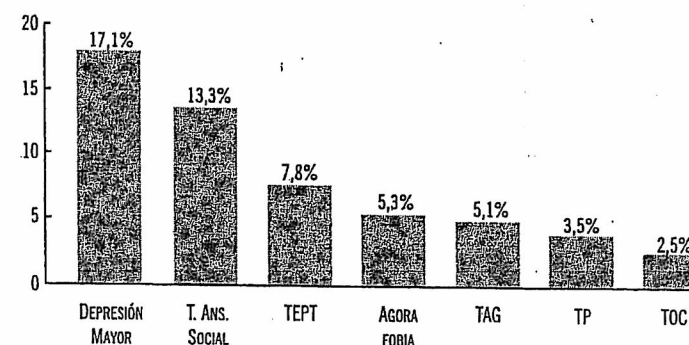
Fuente: Kessler, R.C. y col. Arch. Gen. Psychiatry 1994.

En el cuadro siguiente se muestran las diferencias porcentuales según género de algunos trastornos de ansiedad, obtenidas en el Estudio ECA del Instituto Nacional de Salud Mental de EE UU (Regier, Myers, Kramer y col. 1984). Al final del mismo se agregan los porcentuales de prevalencia, de abuso y dependencia alcohólica, de drogas y del trastorno depresivo mayor.

Prevalencia de por vida en tres comunidades con algunos Trastornos de Ansiedad, de acuerdo con los conceptos del DSM-III-R.

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Trastorno de pánico		
Con agorafobia	1,5	5,3-6,4
Sin agorafobia	0,6-1,2	1,6-2,1
Fobia social	3,8-4,0	8,5-9,4
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	1,1-2,6	2,6-3,3
TOTAL	5,5-9,3	18,4-21,2
Abuso/dependencia Alcohólica	19,1-28,9	4,2-4,3
Abuso/dependencia Drogas	6,5-7,4	3,8-5,1
Enfermedades afectivas mayores	5,3-7,9	8,3-14,9

Trastornos de Ansiedad y del Humor: Prevalencia de por vida



Fuente: Kessler y col., 1994; Kessler y col., 1995; DSM-IV, 1994.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1980) "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", 3ª Edición, Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", 3ª Edición Revisada, Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", 4ª Edición, Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1975) "*A psychiatric glossary*". Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Journal of Psychiatry (2001) "Shift from passive fear to active coping in the brain", Vol. 158, 12:1954. Diciembre.
- Barlett, F.C. (1932) "*Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*". Cambridge: Cambridge University Press.
- Barlow, D.H. (1988) "*Anxiety and its Disorders*". New York: Guildford Press.
- Beard, G.M. (1880) "*A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia): Its symptoms, Nature, Sequences, Treatment*". New York, Woods.
- Beck, A.T. y Clark, D.A. (1988) "Anxiety and depression: An information processing perspective". *Anxiety Reser.* 1:23-36.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1979) "*Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*". Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T.; Emery, G y Greenberg, R.L. (1985) "*Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*". New York: Basic Books.
- Borkovec, T.D; Robinson, E. y col. (1983) "Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes". *Behavioral Res. and Ther.* 21:9-16.
- Bower, G.H. (1981) "Mood and Memory" *American Psychologist*, 36:129-148.
- Cannon, W.B. (1927) "The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory". *Am Jour of Psychology*, 39:106-124. "*The Nature of Emotion*". Re impreso por M. Arnold Ediciones, Harmondsworth: Penguin, 1968.
- Caughey, J.L. (1939) "Cardiovascular neurosis: A review". *Psychosomatic Med.*, 1:311-324.
- Clark, D. M. (1988) "A cognitive model of panic attacks". En "*Panic: Psychological Perspectives*", editado por Rachman y Maser, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) CIE-10 (1992) "*Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*". Edición española, editado por JJ López Ibor, Meditor, Madrid, España.
- Culpin, M. (1920) "The psychological aspect of the effort syndrome". *Lancet*, 184-186.
- Cloninger, C.R. y col. (1993) "A psychobiological model of temperament and character". *Arch. Gen. Psychiatry*, 50:975-990.

- Davey, G.C.L. (1992) "Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: A review and synthesis of the literature". *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14:29-66.
- Dixon, N.F. (1981) "*Preconscious Processing*". Chichester: Wiley.
- Duncan, M.K. y Popper, C.W. (1991) "*Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry*". American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Ekman, P; Friesen, W. y Ellsworth, P. (1982) "What emotion categories or dimensions can observers judge from facial behavior?". "*Emotions in the human face*", editado por Ekman, 2ª edición. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eysenck, H.J. (1967) "*The Biological Basis of Personality*". Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J. (1981) "*A Model for Personality*". New York: Springer-Verlag.
- Eysenck, M.W. (1991) "Cognitive factors in clinical psychology: Potential relevance to therapy". En "*New Concepts in Anxiety*", editado por Briley y File, London: Mac Millan.
- Eysenck, M.W. (1992) "*Anxiety: The Cognitive Perspective*", Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Eysenck, M.W. (1992) "The nature of anxiety". En "*Handbook of Individual Differences: Biological Perspectives*", editado por Gale y Eysenck, Chichester: Wiley.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B. (1964) "*Manual of the Eysenck Personality Inventory*". London, University of London, Press.
- Fahrenberg, J. (1987) "Concepts of activation and arousal in the theory of emotionality (neuroticism): A multivariate concept". En "*Personality and Dimensions of Arousal*", editado por Strelau y Eysenck, New York: Plenum.
- Floderus-Myrhed, B. y col. (1980) "Assessment of heritability for personality based on a short form of the Eysenck Personality Inventory". *Behavior Genetics*, 10:153-162.
- Fraser, F. y Wilson, R.M. (1918) "The sympathetic nervous system and the irritable heart of soldiers". *Br. Med. Journal*, 27-29.
- Freud, S. (1894) "La neurastenia y la neurosis de angustia: sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de neurosis de angustia". En *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. 1, págs.180-192. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
- Frohlich, E.D.; Dustan, H.P. y col. (1966) "Hyperdynamic beta-adrenergic circulatory state". *Arch. of Internal Medicine*, 117:614-619.
- Gorlin, R. (1962) "The hyperkinetic heart syndrome". *Jour. of the Am. Med. Association*, 182:823-829.
- Gray, J.A. (1982) "*The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-hippocampal System*". Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J.A. (1985) "A whole and its parts: Behavior, the brain, cognition and emotion". *Bull. of the British Psychological Society*, 38:99-112.
- Greenberg, L. y Safran, J.D. (1984) "Hot cognition-emotion coming in from the cold: A replay to Rachman" *Cognitive Ther and Res*, 8:591-598.

- Hodgson, R. y Rachman, S. (1974) "Desynchrony in measures of fear". *Behavior Res and Ther*, 12:319-326.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1986) "Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective". *Information Processing Approaches to Clinical Psychology* Orlando, FL: Academic Press.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1987) "The cognitive side of anxiety". *Cognitive Ther and Res*, 5:523-536.
- Izard, C.E. (1972) "Anxiety: A variable combination of interacting fundamental emotions" En *"Anxiety. Current Trends in Theory and Research"*, editado por Spielberger, Vol. 1 New York: Academic Press.
- Jones, M. y Mellersh, V. (1946) "Comparison of exercise response in anxiety states and normal controls". *Psychosomatic Medicine*, 8:180-187.
- Kagan, J. y col. (1988) "Biological bases of childhood shyness". *Science*, 240:167-171.
- Lang, P.J. (1971) "The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification". En *"Handbook of Psychotherapy and Behavior Change"* editado por Bergin y Garfield, New York: Wiley.
- Lang, P.J. (1985) "The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and Anxiety", En *"Anxiety and Anxiety Disorders"*, editado por Tuma y Maser, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lang, P.J. (1985) "The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety". En *"Anxiety and the Anxiety Disorders"*, editado por Tuma y Maser, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates Inc.
- Lang, P.J. (1985) "The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety". En *"Anxiety and the Anxiety Disorders"*, editado por Tuma y Maser, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates Inc.
- Lang, P.J. y col. (1972) "The psychophysiology of emotion". En *"Handbook of Psychophysiology"*, editado por Greenfield y Sternbach. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Lange, C.G. (1885) *"The Emotions"* (Traducción al inglés 1922). Baltimore, MD: Williams y Wilkins.
- Lazarus, R.S. (1966) *"Psychological Stress and the Coping Process"*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1984) "On the primacy of cognition". *American Psychologist*, 39: 124-129.
- Ledoux, J.E. (1996) *"The emotional brain"* New York, Simon and Schuster.
- Leventhal, H. y Scherer, K.R. (1987) "The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy". *Cognition and Emotion*, 1:3-28.
- Lewis, T. (1917) "Report upon soldiers returned as cases of "Disordered Action of the Heart" (DHA) or "Valvular Disease of the Heart" (VDH)". *Med. Res. Com.*, Special Report Series, No 8, Londres.
- Marks, I.M. (1987) *"Fears, Phobias and Rituals"*. Oxford, Oxford University Press.
- McNally, R.J. y Foa, E.B. (1987) "Cognition and agoraphobia: Bias in the interpretation of threat". *Cognitive Ther. and Res.* 11:567-581.

- McNally, R.J. y Lorenz, M. (1987) "Anxiety sensitivity and agoraphobics". *Jour of Behavior Ther. and Exp. Psychiatry*.
- Myers, A.B. (1870) *"On the Aetiology and Prevalence of Disease of the Heart Among Soldiers"*. London: Churchill.
- Nixon, P.G. (1982) "The human function curve. A paradigm for our times". *Activitas Nervosa Superiors*, Supl.3:130-133.
- Noyes, R.; Clarkson, C. y Crowe, R.R. (1987) "A family study of generalized anxiety disorder". *American Journal of Psychiatry*, 40:1061-1069.
- Ohman, A. y col. (1985) "Animals and social phobias: Biological constraints on learned fear responses". En *"Theoretical Issues in Behavior Therapy"*, editado por Reiss y Bootzin. New York: Academic Press.
- O'Neill, G.W. (1985) "Is worry a valuable concept?" *Behavior Research and Therapy*, 23:481-482.
- Oppenheimer, B.S.; Levine, S.A. y col. (1918) "Report on neurocirculatory asthenia and its management". *Military Surgeon*, 42:409-426, 711-719.
- Peterson, R.A. y Reiss, S. (1992) *"Anxiety Sensitivity Index Manual"*. 2ª edición. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Pitts, F.N. y Mc Clure, J.N. (1967) "Lactate metabolism and anxiety neurosis". *New England Jour. of Medicine*, 277:1329-1336.
- Rachman, S. (1981) "The primacy of affect: Some theoretical implications". *Behav. Res. and Ther*, 19:279-290.
- Rachman, S. (1990) *"Fear and Courage"*. New York: Freeman.
- Regier, D.A.; Myers, J.K.; Kramer, M. y col. (1984) The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: Historical context, major objectives and study population characteristics". *Arch of Gen Psychiatry*, 41:934-941.
- Reiss, S. (1991) "Expectancy model of fear, anxiety and panic". *Clinical Psychology Review*, 11:141-153.
- Reiss, S. y McNally, R.J. (1985) "Expectancy model of fear". En *"Theoretical Issues in Behavior Therapy"*, editado por Reiss y Bootzin. New York: Academic Press.
- Reiss, S.; Peterson, R.A. y col. (1986) "Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness". *Behavior, Res and Ther*, 24:1-8.
- Rosenbaum, J.F.; Biederman, J. y col. (1988) "Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 45:463-470.
- Ryle, G. (1949) *"The Concept of Mind"*. London: Hutchinson.
- Sanderson, W.C. y Barlow, D.H. (1990) "A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder". *Jour. of Nerv. and Mental Disease*, 178:588-591.
- Sanderson, W.C.; DiNardo, P.A. y col. (1990) "Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder". *Jour. of Abnormal Psychology*, 99:308-312.
- Schneier, F.R. y col. (1991) "The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder". *Compr. Psychiatry*, 32:496-502.

- Seligman, M.E.P. y col. (1971) "Unpredictable and uncontrollable aversive events". En *"Aversive Conditioning and Learning"*. New York: Academic Press.
- Selye, H. (1936) "A syndrome produced by diverse nocuous agents". *Nature*, Vol. 138, pág. 32.
- Shields, J. (1962) *"Monozygotic Twins Brought up Apart and Brought un Together"*. London: Oxford University Press.
- Shields, J. (1973) "Heredity and psychological abnormality". En *"Handbook of Abnormal Psychology"*, editado por Eysenck, 2ª Edición, London: Pitman.
- Simpson, M.E. (1980) "Societal support and education". En *"Handbook on Stress and Anxiety"*, editado por Kutask y Schlesinger. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Skerrit, P.W. (1983) "Anxiety and the heart: A historical review". *Psychological Med.*, 13:17-25.
- Soley, M.H. y Schock, N.W. (1938) "The etiology of the effort syndrome". *American Journal of Science*, 196:840-851.
- Spielberger, C.D. (1972) "Anxiety as an emotional state". En *"Anxiety Current Trends in Theory and Research"*, editado por Spielberger, Vol. 1 New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. y col. (1970) *"Manual for the State-Trait Anxiety Inventory"* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. y col (1984) "Anxiety Disorders". En *"Adult Psychopathology and Diagnosis"*, editado por Turner y Hersen. New York: Wiley.
- Tallis, F; Eysenck, M.W. y Mathews, A. (1991) "Elevated evidence requirements and worry". *Personality and Individual Differences*, 12:21-27.
- Torgersen, S. (1983) "Genetic factors in anxiety disorders". *Arch. of Gen. Psychiatry*, 40:1085-1088.
- Westphal, C. (1870) *"Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung"*. *Arch. of Psychiatric Nerv.*, 3:138-161.
- Williams, S.L. (1987) "On anxiety and phobia", *Journal of Anxiety Disorders*, 1:161-180.
- Williams, J.M.G; Watts, F.N. y col. (1988) *"Cognitive Psychology and Emotional Disorders"*, Chichester: Wiley.
- Wolf, S. (1947) "Sustained contraction of the diaphragm, the mechanism of a common type of dyspnea and precordial pain". *Jour. of Clinical Inv.*, 26:1201.
- Wolpe, J. y Rowan, V.C. (1988) "Panic Disorder: A product of classical conditioning". *Behavior Res. and Ther.*, 26:441-450.
- Wood, P.W. (1941) "DaCosta's syndrome (effort syndrome)". *Br. Med. Journal*, 776-772, 805-811, 845-851.
- Zajonc, R.B. (1980) "Feeling and Thinking: Preferences need no inferences" *Am. Psychologist*, 35:151-175.
- Zajonc, R.B. (1984) "On the primacy of affect". *American Psychologist*, 39:117-123.

Capítulo 2

Neurobiología de la Ansiedad

Introducción

Existe una interacción constante de mente-cuerpo a lo largo de nuestras vidas. La interacción continua del cerebro con otros órganos corporales va generando a cada instante nuestro estado mental actual. El cerebro dirige nuestros órganos internos y sistemas hormonales y mantiene la totalidad del cuerpo en un nivel homeostático, al regular los estímulos exteriores e interiores. Monitorea los procesos internos y los mensajes externos y responde a ellos, la mayor parte de las veces sin prestar una atención conciente a dichas señales. (Pert, C.B 1997).

El cerebro es un órgano de funcionamiento complejo y se encuentra siempre en un estado dinámico, lo cual significa que las neuronas que lo integran pueden crecer y cambiar, como se ha demostrado en las últimas décadas. Puede compensar otras partes del mismo cuando se interrumpen algunas de sus funciones, como cuando ocurre un accidente cerebro-vascular, lo cual significa que puede haber sustitución de funciones, por desarrollo y crecimiento neuronal.

Deben distinguirse dos conceptos distintos, dado que a veces se intenta equipararlos, que son los de cerebro y mente.

La mente implica algo que denominamos *self* o sí mismo, una entidad dinámica que continuamente integra información y va cambiando cotidianamente a lo largo de la vida, aunque mantiene una identidad y continuidad temporal. Esto se logra mediante un proceso único en cada individuo, en el cual se combinan aspectos

Capítulo 1

El trastorno de pánico

1.1. INTRODUCCIÓN

Las publicaciones sobre los trastornos de ansiedad han aumentado a lo largo de los últimos 15 años a una tasa más rápida que las realizadas sobre cualquier otro trastorno. A comienzos de los ochenta sólo de un 0.5 % a un 1 % de todas las publicaciones en el ámbito de la psicología clínica se centraban en los trastornos de ansiedad; a comienzos de los noventa la situación cambia de forma notable, ya que un 21 % de todas las publicaciones gira en torno a esta problemática. Además, no todos los trastornos de ansiedad reciben igual atención. De todos ellos, el que más publicaciones ha originado, con una gran diferencia, es el trastorno de pánico (TP). Según la base de datos *PsycLIT*, en el TP se centra exactamente un 50.6 % del total de las publicaciones sobre los trastornos de ansiedad (Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995).

La preocupación y el interés por este problema no son de extrañar, ya que en los últimos años el TP ha sido considerado como un importante problema de salud pública debido a las elevadas tasas de prevalencia observadas, la resistencia a la remisión espontánea, la importante comorbilidad con otros trastornos como alcoholismo, consumo de drogas y depresión, además de las importantes consecuencias negativas que el TP tiene para la calidad de vida de los pacientes que lo sufren (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993).

Nuestra experiencia clínica respecto a este problema nos proporciona razones adicionales que apoyan la conveniencia de dedicar atención y esfuerzos al TP. Por una parte, el importante grado de sufrimiento que padecen estos pacientes debido a las manifestaciones clínicas del trastorno (la intensidad de los ataques, su aparición repentina y la experiencia de pánico en sí misma). En segundo lugar, los puntos de contacto existentes entre el TP y la hipochondría. En estos pacientes se observa un alto grado de preocupación somática y convicción de enfermedad; además, no es infrecuente que los pacientes con pánico desarrollen una hipochondría, y si meditamos acerca de la resistencia al tratamiento de esta condición, hay que concluir que todo ello puede originar un importante coste en recursos públicos y/o privados (tanto por lo que se refiere a aspectos económicos como de calidad de

vida). Finalmente, el carácter «espontáneo» o «inesperado» de muchos ataques, junto con la percepción subjetiva de no poder ejercer ningún control sobre el problema o sobre la propia reacción somática, da lugar a una sensación de indefensión y desamparo (Botella y Ballester, 1995).

Ahora bien, también es verdad que en la última década se ha avanzado de forma espectacular en el tratamiento del trastorno de pánico, y se tienen suficientes datos (Clum, 1989; Michelson y Marchione, 1991; Clum, Clum y Surls, 1993; Gould, Otto y Pollack, 1995) como para afirmar que los procedimientos más eficaces en el tratamiento del TP son los programas cognitivo-comportamentales diseñados específicamente con este fin. Estos programas eliminan el pánico en aproximadamente el 80% de los pacientes; logran resultados mejores que los tratamientos farmacológicos y también consiguen los mejores resultados a largo plazo. Sin embargo, a pesar de los importantes avances logrados no todo está resuelto en este campo, y buena prueba de ello son las recomendaciones que se han hecho por los *National Institutes of Health* (1991) en Estados Unidos para intentar lograr que los programas de tratamiento actualmente existentes lleguen a todas las personas que los necesitan. También se ha insistido recientemente en la dificultad real de aplicar estos programas debido, entre otras razones, a la falta de profesionales adecuadamente formados y con un conocimiento profundo de los mismos (Côté, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon, 1994).

Todo lo expuesto anteriormente puede explicar por qué hemos dedicado un esfuerzo considerable en los últimos años al TP y también por qué nos hemos decidido a escribir este libro. Quisiéramos contribuir de alguna forma y ayudar a todos aquellos pacientes que sufren un TP. Pensamos que un buen modo de hacerlo es plantear, de la forma más clara y ordenada posible, cómo puede actuar un terapeuta que se enfrente a esta problemática.

1.2. EL CONCEPTO DE PÁNICO

«Estaba tranquilamente sentado en el sofá de mi casa, viendo un programa de televisión con mi mujer. Había tenido un mal día, pero finalmente todo se había resuelto. De repente, sentí una fuerte opresión en el pecho, como un pinchazo en el corazón. Tengo que reconocer que en un principio me asusté, pero intenté no hacer demasiado caso. No le dije nada a mi mujer, hacía esfuerzos por concentrarme en la televisión, pero no podía hacerlo. Recuerdo que respiraba más rápido de lo normal y la cabeza me dolía mucho. Empecé a preocuparme seriamente, estaba muy tenso, el corazón me iba a cien por hora, estaba incluso algo mareado. Me levanté y fui al cuarto de baño para no tener que disimular mi malestar, pero cada vez estaba peor. Por unos momentos pensé que iba a perder el conocimiento, que estaba teniendo un infarto. También me costaba mucho respirar. Sentía mucho miedo, es difícil de explicar. Era como si me fuese a ocurrir algo, pero por otra parte, no sabía explicar muy bien qué. No podía soportarlo, así que finalmente le pedí a mi mujer que me llevara a urgencias al hospital más próximo. Allí me dijeron que todo lo que tenía eran nervios.»

«Cuando estoy en uno de esos momentos, no sé cómo expresarlo. Es un miedo terrible. Como si cogieran a mis hijas para hacerles daño y yo no pudiera hacer nada por evitarlo. Me siento completamente indefensa, impotente, no sé qué hacer para encontrarme mejor. Me han dicho que sólo es ansiedad, pero juro por Dios que durante unos segundos creo que

voy a morir, o quizás es incluso algo peor. Creo que el día que me muera no sufriré tanto, ni pasaré tanto miedo.»

«Tuve que abandonar el concierto porque no me sentía las manos, no podía tocar el bajo. Estaba nerviosísimo, con mucha taquicardia y con la respiración muy agitada. Mis amigos me llevaron en el coche al hospital. Creo que llegué a estar muerto, recuerdo que sacaba la cabeza por la ventanilla para sentir el aire en mi cara, para sentirme vivo. Fue horrible. No se lo desearía ni a mi peor enemigo.»

«De repente me di cuenta de que no podía pensar. Estaba tan nervioso que mi cabeza se había bloqueado. No te puedes imaginar lo que se siente en esos momentos. Es como si algo se te desconectase en tu mente. Pensé que estaba teniendo algún ataque cerebral, que una vena de mi cerebro se había roto o que me estaba volviendo loco, que podía llegar a perder el control, qué sé yo.»

«No es que tuviera miedo a morir, ya querría yo que hubiera sido eso, se tiene miedo a lo que todavía no ha llegado, a lo que está por venir. Lo que yo sentía es que ya me estaba sucediendo.»

«He sido combatiente en la guerrilla de un país de Centroamérica, he pasado todo tipo de calamidades, me han mordido serpientes en la selva, han ametrallado el helicóptero en el que viajaba, me han tendido emboscadas, he estado detenido por el enemigo... y nunca he pasado tanto miedo como en esos ataques de pánico. Es algo distinto. En aquellas situaciones yo podía hacer algo, pero aquí no depende de mí, no me sirve mi agilidad, ni mi fuerza, estoy completamente indefenso.»

Desde la década de los sesenta se han sucedido numerosos modelos que han intentado explicar experiencias tan desagradables como las que acabamos de transcribir correspondientes a algunos de nuestros pacientes. Los primeros modelos explicativos fueron los desarrollados por autores como Klein (1964), que defendieron la existencia de diferencias cualitativas entre el trastorno de pánico y los otros trastornos de ansiedad a partir de los resultados positivos obtenidos en pacientes con crisis de angustia utilizando inhibidores de la monoaminooxidasa (Sargant, 1962) e imipramina (Klein, 1964). Estos autores, además, defendían que dicha diferencia se basaba en un sustrato biológico, en una alteración orgánica para la que existía una vulnerabilidad genética. Los argumentos básicos en los que se apoyó Klein al defender su modelo biológico de las crisis de angustia eran los siguientes (Margraf, Ehlers, y Roth, 1986):

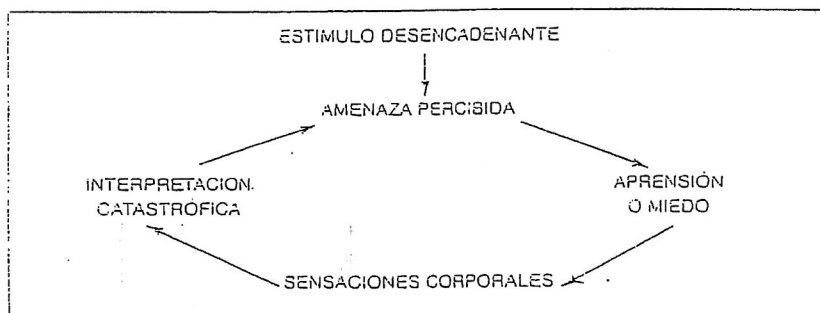
1. La especificidad de determinadas drogas en el tratamiento de las crisis de angustia.
2. La inducción experimental del pánico a través de una amplia gama de manipulaciones fisiológicas, como el lactato sódico, la yohimbina, el isoproterenol, la administración intravenosa u oral de cafeína, la hiperventilación voluntaria o la inhalación de dióxido de carbono.
3. La espontaneidad de los ataques de pánico, muchos de los cuales se producen cuando no existe un estímulo externo desencadenante claramente identificable.
4. La ansiedad de separación frecuente en su historia clínica.
5. La especificidad genética hallada en estudios de familias y de gemelos.

En un planteamiento similar al de Klein, Sheehan (Sheehan, 1982) afirma que los «ataques de pánico espontáneos» constituyen una entidad absolutamente distinta a la de otros trastornos de ansiedad. Insiste en que se trata de un puro problema metabólico y propone la presencia o ausencia de pánico como un criterio ordenador que puede resultar útil para clasificar los trastornos de ansiedad (ansiedad endógena vs. ansiedad exógena).

Hasta el momento, de las distintas teorías biológicas explicativas de la génesis y sintomatología de las crisis de angustia, la más aceptada es la que intenta explicarlas como una consecuencia del exceso de tono catecolaminérgico y, sobre todo, por una hiperactividad del *locus coeruleus*.

Las críticas realizadas a cada uno de los argumentos sobre los que se sustentan los modelos biológicos, unidas a los problemas (alta tasa de recaídas, efectos secundarios, posibles efectos perjudiciales de algunas drogas en mujeres embarazadas o mujeres lactantes) vinculados a los tratamientos farmacológicos y a una serie de trabajos en los que, induciendo los ataques de pánico por medio de manipulaciones bioquímicas o fisiológicas, se demostraban grandes variaciones en las experiencias emocionales dependiendo de la interpretación que se hacía de los síntomas (Clark y Hemsley, 1982; Van den Hout y Griez, 1982), motivaron la aparición y desarrollo de modelos explicativos alternativos a los modelos biológicos, los denominados modelos psicofisiológicos. Desde los distintos modelos psicofisiológicos planteados por diferentes autores (Ehlers, Margraf y Roth, 1988) se han explicado las crisis de angustia como el resultado de un proceso de *feedback* positivo entre estímulos internos (sensaciones corporales y/o eventos cognitivos) y respuestas de ansiedad. Concretamente, para Clark y Salkovskis (1987), las crisis se producen del siguiente modo: un amplio rango de estímulos pueden comenzar el proceso de una crisis. Estos estímulos pueden ser internos (pensamientos, imágenes o sensaciones corporales) o externos (un supermercado). Si estos estímulos son percibidos como una amenaza, la consecuencia es un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones son interpretadas de un modo catastrófico, y sólo entonces, sobreviene un gran incremento de la ansiedad. Esto produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que culmina con una crisis de angustia (Clark y Salkovskis, 1987) (véase figura 1).

Figura 1
El modelo cognitivo del pánico (Clark y Salkovskis, 1987)



A diferencia de los modelos biológicos, los modelos psicofisiológicos, con la excepción de Barlow (1988), no asumen que las crisis de angustia son un fenómeno cualitativamente distinto a otros problemas de ansiedad, y se plantea que las intervenciones psicológicas que sean capaces de cambiar las respuestas de la persona a los síntomas de ansiedad por habituación o reinterpretación serán efectivas en el tratamiento de las crisis de angustia.

1.3. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Durante muchos años los principales manuales de diagnóstico y clasificación psiquiátricos, siguiendo a Freud, aceptaban la inclusión de los ataques de ansiedad o ataques de pánico dentro de la categoría más general de «neurosis de ansiedad». Así el DSM-II (APA, 1968) habla de neurosis fóbica, neurosis obsesivo-compulsiva y neurosis de ansiedad, incluyendo este último término tanto los ataques de ansiedad como el trastorno por ansiedad generalizada.

En el DSM-III (APA, 1980) aparece por primera vez una categoría específica para el trastorno por angustia o trastorno de pánico, dentro de los denominados Trastornos por Ansiedad. Sin embargo, las categorías Agorafobia con Ataques de Pánico y Agorafobia sin Ataques de Pánico muestran que en esta tercera edición, la agorafobia ocupa un primer lugar como eje organizador, por delante del pánico. Esto se invierte por completo en el DSM-III-R (APA, 1987). Aquí aparece una única categoría global para todos los Trastornos por Ansiedad que incluye, entre otros, el Trastorno de Pánico con Agorafobia, Trastorno de Pánico sin Agorafobia y Agorafobia sin historia de Trastorno de Pánico.

En el DSM-IV (APA, 1994) se plantean importantes cambios. Se produce una diferenciación entre Ataques de Pánico y Trastorno de Pánico. Los Ataques de Pánico (AP) son periodos discretos de miedo o malestar intenso en los que, al menos, se observan 4 de los 13 síntomas somáticos o cognitivos que se contemplan en estos sistemas de clasificación (véase tabla 1). Además, los AP tienen un inicio súbito y en poco tiempo (en 10 minutos o

Tabla 1
Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Ataque de Pánico

Periodo discreto de miedo o malestar intenso en el que al menos cuatro de los siguientes síntomas aparecen súbitamente y alcanzan gran intensidad en los diez minutos siguientes:

1. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo.
5. Sofocación.
6. Dolor o molestias precordiales.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.
9. Despersonalización o desrealización.
10. Miedo a volverse loco o a perder el control.
11. Miedo a morir.
12. Parestias (adormecimiento o sensaciones de cosquilleo).
13. Escalofríos o caloramientos.

menos) llegan a su máxima intensidad, suelen ir acompañados de una sensación de peligro inminente y un impulso o necesidad de escapar. Los ataques que cumplen todas estas condiciones, pero tienen menos de cuatro síntomas, se denominan: ataques de síntomas limitados.

Los AP pueden darse en distintos trastornos y para realizar un adecuado diagnóstico diferencial es importante tener en cuenta el contexto en el que se produce el AP. Según la relación que guarda el comienzo del ataque con los desencadenantes situacionales, los AP pueden ser:

- Inesperados, su comienzo no se da a partir de un desencadenante situacional claro.
- Determinados situacionalmente, los ataques se dan siempre durante la exposición o en la anticipación de un estímulo desencadenante.
- Predispuestos situacionalmente, en los casos en que los ataques son más frecuentes en determinadas situaciones, pero no se asocian completamente con éstas.

El DSM-IV plantea que para establecer el diagnóstico de TP al menos algunos AP deben ser inesperados, también desaparece el criterio cuantitativo «arbitrario» del DSM-III-R que exigía al menos cuatro ataques de pánico en un mes para el diagnóstico del trastorno (véase tabla 2).

Tabla 2

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de Pánico

TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA

A. Ambos 1) y 2):

- Repetidos ataques de pánico inesperados.
 - Al menos uno de los ataques ha sido seguido por un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes aspectos:
 - preocupación persistente acerca de futuros ataques;
 - preocupación acerca de las implicaciones del ataque o sus consecuencias;
 - un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques.
- B. Ausencia de agorafobia.
- C. Los ataques no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.
- D. Los ataques de pánico no se explican mejor por otro trastorno mental, tal como la fobia social; fobia específica; el trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno por estrés postraumático, o trastorno por ansiedad de separación.

TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA

A. Ambos 1) y 2):

- Repetidos ataques de pánico inesperados.
- Al menos uno de los ataques ha sido seguido por un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes aspectos:
 - preocupación persistente acerca de futuros ataques;
 - preocupación acerca de las implicaciones del ataque o sus consecuencias;
 - un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques.

B. Presencia de agorafobia.

- Los ataques de pánico no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.
- Los ataques de pánico no se explican mejor por otro trastorno mental (fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación).

1.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Es importante diferenciar el TP frente a otros trastornos de ansiedad, lo cual no ofrece grandes dificultades. Básicamente, habrá que tener en cuenta:

- El contenido del temor, centrado en la propia reacción fisiológica en el caso del trastorno de pánico y en el objeto o situación interpersonal en los pacientes fóbicos.
- El tipo de ataques de pánico, que son inesperados y recurrentes en los pacientes con pánico y situacionalmente determinados o predispuestos en los fóbicos.
- El número de situaciones evitadas, que suele ser mayor en el paciente con trastorno de pánico con agorafobia.
- El grado de ansiedad continua o generalizada, que suele ser mayor entre los pacientes con pánico (por miedo a experimentar un nuevo ataque).

Respecto al trastorno por ansiedad generalizada. El diagnóstico de TP incluye la posibilidad de preocupación entre las crisis cuando ésta se refiere al temor a experimentar nuevos ataques. Sólo se diagnosticará, además, trastorno por ansiedad generalizada si esta preocupación gira en torno a otros temas.

Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo y al trastorno por estrés postraumático. En estos trastornos los ataques están situacionalmente determinados o predispuestos por: a) la exposición al objeto de una obsesión, y b) la exposición a un estímulo que recuerda un estresor importante.

En cuanto al diagnóstico diferencial respecto a otros trastornos, habrá que tener en cuenta, al menos, los siguientes:

Respecto a la hipocondría. Los pacientes con pánico suelen tener un alto grado de preocupación somática e incluso convicción de enfermedad. Sin embargo, el paciente hipocondríaco se preocupa por un número mayor de síntomas y hay síntomas no directamente relacionados con los ataques (una mancha en la piel). Otra importante diferencia es el carácter de la amenaza percibida, inminente en el paciente con pánico y a medio o largo plazo en el hipocondríaco.

Respecto a la depresión mayor. El DSM-IV señala la posibilidad de que aparezcan ataques de pánico durante un episodio de depresión mayor; sólo si se cumplen los restantes criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico, se diagnosticarán ambos trastornos.

No se debe establecer el diagnóstico de trastorno de pánico si los ataques de pánico se dan como consecuencia fisiológica directa de una condición médica general. En ese caso, el diagnóstico será trastorno de ansiedad debido a una condición médica general. O por la intoxicación por una sustancia, en cuyo caso el diagnóstico será trastorno de ansiedad inducido por el uso de sustancias. Se puede considerar el diagnóstico de trastorno de pánico solo si continúan los ataques después de que haya transcurrido el tiempo suficiente como para que desaparezcan los efectos del consumo de tales sustancias. Pueden indicar la presencia de una condición médica general o del abuso de sustancias:

- El inicio después de los 45 años.
- La presencia de síntomas atípicos como: vértigo, pérdida de conciencia, falta de control de esfínteres, amnesia o dolores de cabeza.

En cuanto al diagnóstico diferencial respecto de otros problemas orgánicos (condición médica general) hay que tener en cuenta, por una parte, que la presencia de un problema orgánico no necesariamente excluye la posibilidad de que el paciente padezca trastorno de pánico y, por otra, que puede establecerse una interacción entre ambos. Algunos de estos problemas orgánicos son: hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing, feocromocitoma, epilepsia del lóbulo temporal, hiperventilación, intoxicación por cafeína, trastorno del sistema audiovestibular y prolapso de la válvula mitral. Sus efectos aparecen descritos brevemente en la tabla 3.

Tabla 3
Condiciones médicas generales que pueden provocar síntomas similares a los del TP.

1. **Hipoglucemia:** Los bajos niveles de azúcar en sangre pueden producir sudoración, palpitaciones, debilidad, mareo, sensación de desmayo y temblores. Algunos pacientes nos han referido en la práctica clínica que los ataques son más probables cuando han transcurrido horas desde la última ingesta de alimentos, e incluso que en los casos en que el ataque aparece gradualmente, ingerir algo de glucosa alivia la situación al disminuir los síntomas.
2. **Hipertiroidismo:** Este trastorno endocrino, consistente en una secreción excesiva de la hormona tiroidea por parte de las glándulas suprarrenales; suele aparecer a la misma edad en que aparecen los ataques de pánico y suele conllevar agitación, sensación de falta de aire, palpitaciones y taquicardia.
3. **Hipoparatiroidismo:** Está producido por deficiencias en la secreción de la hormona paratiroidea. En casos extremos puede producir ataques similares al pánico, debido a un descenso del calcio en el plasma sanguíneo y un aumento del fósforo.
4. **Síndrome de Cushing:** Este síndrome aparece debido a niveles elevados de cortisol en sangre, frecuente en períodos prolongados de estrés. A veces provoca ansiedad aguda, pero más frecuentemente lleva a depresión.
5. **Feocromocitoma:** Se trata de un tumor en las glándulas suprarrenales que conlleva una secreción excesiva de catecolaminas (epinefrina y noradrenalina) con síntomas muy similares a los del pánico.
6. **Epilepsia del lóbulo temporal:** Suele producir sudoración, palpitaciones y desrealización y, en general, se ha asociado a trastornos emocionales y sexuales.
7. **Hiperventilación:** A pesar de que trataremos con mayor amplitud el importante papel de la hiperventilación en la mayor parte de ataques de pánico, diremos aquí que un exceso de oxígeno en sangre produce un cambio en el nivel de pH de ésta, lo cual suele desmascarar en una serie de síntomas muy similares a los de los ataques de pánico.
8. **Intoxicación por cafeína:** El exceso de cafeína u otro estimulante, por su efecto excitante, puede

llevar a una mayor activación del organismo, que en grado extremo puede resultar similar al ataque de pánico. En algunos casos nos ha ocurrido que, incluso niveles muy ligeros de cafeína, como por ejemplo los derivados de un café o de un refresco de cola pueden predisponer al paciente a experimentar un ataque.

9. **Trastorno del sistema audiovestibular:** Produce vértigo, sensación de desmayo e inestabilidad, síntomas frecuentes en algunos pacientes con ataques de pánico.
10. **Prolapso de la válvula mitral:** Este trastorno ha sido propuesto por algunos autores como una de las posibles causas orgánicas del pánico. A pesar de que los especialistas no se ponen de acuerdo en su diagnóstico (Dager, Comess, Saai y Sisk, 1989), parece claro que el prolapso de la válvula puede producir dolor de pecho y de cabeza, mareo y el llamado «murmullo sistólico» (Raj y Sheshan, 1990).

1.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE PÁNICO

Estos pacientes muestran un importante grado de preocupación por las implicaciones o las consecuencias de los ataques o creen que el ataque es un indicio de una enfermedad grave, a pesar de los informes médicos tranquilizadores. Muchos pacientes están convencidos de que se van a volver locos, o van a perder el control o que son emocionalmente débiles. Todo ello da lugar a que muchas veces se produzcan cambios drásticos en sus vidas. En muchos pacientes suele observarse:

- Sensación de ansiedad constante o intermitente no centrada en nada específico.
- Preocupación excesiva (respecto a la salud, o la separación de los seres queridos).
- Problemas importantes en las relaciones interpersonales.
- Desmoralización. Atribuyen su problema a una falta de «fuerza» en su carácter.
- Depresión mayor es frecuente (50%-65%).
- Consumo de alcohol o abuso de medicación.
- Alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad:

- fobia social: 15%-30%
- obsesión-compulsión: 8%-10%
- fobias específicas: 10%-20%
- ansiedad generalizada: 25%

Según el DSM-IV, las tasas de prevalencia del TP oscilan entre el 1,5% y el 3,5%. El trastorno de pánico sin agorafobia es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y el trastorno de pánico con agorafobia, tres veces más. La edad promedio de comienzo del trastorno varía, aunque es más frecuente entre el final de la adolescencia y los 35 años. No obstante, el trastorno puede tener su inicio en la infancia o después de los 45 años. Una pérdida o ruptura de una relación interpersonal importante está asociada con su inicio o exacerbación. El curso es muy variable, un único ataque seguido de un período prolongado de preocupación por otro ataque o ataques más o menos espaciados con períodos en los que parece remitir. La duración puede oscilar entre unas semanas y años.

Nuestra experiencia clínica muestra que los pacientes con trastorno de pánico presentan:

- Mayor grado de hipocondría que pacientes con otros problemas de ansiedad y que las personas sin problemas psicológicos importantes.
- Mayor grado de introspección, autoconciencia privada y conciencia corporal privada que personas sin problemas de ansiedad, aunque no más que en los pacientes con otros problemas de ansiedad.
- Deterioro importante en los ámbitos social y laboral.
- Percepción de incapacidad y de limitaciones en sus vidas a causa de su problema.
- Un locus de control de salud externo y la consiguiente indefensión y ánimo depresivo.
- Estas características suelen estar moduladas por la presencia o ausencia de agorafobia.
- Los agorafóbicos suelen sentir una mayor limitación o incapacidad puesto que el pánico les hace evitar muchas situaciones. Pero por esta misma razón, suelen tener una mayor percepción de control sobre el problema pues conocen las situaciones que desencadenan los ataques.
- Los no agorafóbicos presentan una mayor indefensión ya que no pueden prever los ataques.

Capítulo 2

La evaluación del trastorno de pánico

Los criterios diagnósticos del TP que aparecen en los actuales sistemas de clasificación (tanto en el DSM como en la CIE) resultan bastante claros. Sin embargo, en muchas ocasiones, los pacientes varían en numerosos aspectos como: la severidad y la frecuencia de los episodios de pánico, la ansiedad anticipatoria, la evitación fóbica, el grado en que el problema perturba la vida cotidiana, la severidad global... Además, las personas vistas en diferentes contextos clínicos pueden variar en determinadas características y/o en la prevalencia de otros trastornos coexistentes. Todo esto puede hacer que resulten difícilmente comparables los resultados obtenidos en unos contextos utilizando unos procedimientos de medida, de los de otros lugares en los que se han utilizado otros procedimientos.

Preocupados por este problema, los participantes en la Conferencia sobre el Consenso en el Desarrollo del Tratamiento del Trastorno de Pánico (*Consensus Development Conference on the Treatment of Panic Disorder*) auspiciada por el *National Institute of Health* (NIH, 1991) insistieron en la necesidad de elaborar un protocolo estandarizado para la evaluación del TP. Poco después se celebró en 1992 en Estados Unidos una Conferencia especial sobre este tema a la que asistieron una serie de investigadores-clínicos interesados en el TP, tanto desde una perspectiva psiquiátrica como psicológica (Shear y Maser, 1994). El objetivo que se marcaron fue diseñar un protocolo de tratamiento específico para el trastorno de pánico que pudiera ser utilizado en todo el mundo y que sirviera para hacer comparables los resultados obtenidos en distintos centros de investigación de distintos países. Aquí presentaremos las directrices generales y las conclusiones fundamentales a las que se llegó en esta reunión. El lector interesado en el tema puede consultar el excelente trabajo de Shear y Maser (1994).

La primera cuestión a señalar es la necesidad de acuerdo acerca de un conjunto mínimo de instrumentos y criterios de evaluación así como de la definición de síntomas y aspectos fundamentales. En la Conferencia se debatieron ocho áreas consideradas clave en el TP:

1. La utilización de entrevistas estructuradas para el diagnóstico.
2. Ataques de pánico y episodios de síntomas limitados.

3. Ansiedad anticipatoria.
4. Síntomas fóbicos.
5. Grado en que el problema afecta a la vida cotidiana.
6. Comorbilidad y síntomas coexistentes.
7. Definición de buena respuesta al tratamiento, remisión y recaída.
8. Necesidad de establecer seguimientos.

A continuación analizamos cada una de estas áreas por separado, y en cada una de ellas ofrecemos los instrumentos y/o directrices que se acordaron utilizar/seguir en la reunión.

2.1. LA UTILIZACIÓN DE ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

El grupo de trabajo llegó a un consenso total respecto a la necesidad de utilizar entrevistas diagnósticas estructuradas, tanto para evaluar el TP como la posible comorbilidad con otros problemas. Además, se insistió en la necesidad de entrenar a las personas que utilizan este tipo de instrumentos y que, en caso de duda, un experto clínico revise la decisión diagnóstica final. Alternativamente, dos evaluadores pueden evaluar independientemente a los pacientes. Se consideran instrumentos convenientes, ya que ofrecen diagnósticos similares, los siguientes:

SADS-LA (*Schedule for Affective Disorders-Lifetime Anxiety*) (Manuzza, Fyer, Klein y Endicott, 1986). La SADS (Endicott y Spitzer, 1978) es una entrevista diseñada para ser utilizada por profesionales expertos y con experiencia en clínica para evaluar los síntomas de los trastornos incluidos en el sistema RDC. Incluye dos grandes áreas, la primera evalúa la situación clínica actual y la segunda rastrea toda la historia psicopatológica anterior. La SADS-LA permite diagnosticar los distintos trastornos de ansiedad y rastrear muchas de sus manifestaciones clínicas.

SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) (Spitzer, Williams y Gibbon 1988). Es un instrumento mucho más sencillo que el SADS y no requiere la formación clínica y el grado de experiencia que este último exige. Explora la presencia de los criterios necesarios para poder diagnosticar determinados trastornos. Cada trastorno se puede valorar como ligero, moderado o severo y también permite determinar si se ha producido remisión parcial o completa.

DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (Robins, Heizer, Croughan, Ratliffe, 1989). Es una entrevista pensada fundamentalmente para ser utilizada en estudios epidemiológicos y, por tanto, pueden aplicarla encuestadores entrenados. Ahora bien, en ese caso es necesario que estas personas se ajusten exactamente al texto, lean cada uno de los ítems y eviten realizar cualquier exploración clínica adicional.

ADIS-R (*Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised*) (DüNardo y Barlow, 1988). Se trata de una entrevista estructurada que conlleva una serie de ítems desarrollados por los autores y otros provenientes del PSE (Present State Examination) (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) y de la SADS. También incluye las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton (1960). La ADIS completa fue diseñada específicamente: a) para poder realizar diagnós-

cos diferenciales de los distintos trastornos de ansiedad que se contemplaban en el DSM-III; b) para obtener otros datos relacionados con distintos aspectos clínicos como, la historia del problema o los factores cognitivos y situacionales que influyen en la ansiedad; c) además, teniendo en cuenta la elevada comorbilidad existente entre ansiedad y depresión se rastrea la presencia de sintomatología depresiva y su relación con la ansiedad; d) también se incluyen cuestiones pensadas para detectar la presencia de otros trastornos como psicosis o adicciones a drogas. La ADIS ha sido revisada varias veces y la última versión se ajusta a los criterios del DSM-III-R (Barlow, 1988). Su valor como entrevista estructurada radica en su contribución a la fiabilidad del diagnóstico diferencial y a la evaluación sistemática de cuestiones importantes que resulta necesario tomar en consideración en cualquier análisis funcional del trastorno (Barlow, 1993). La fiabilidad interjueces oscila entre satisfactoria y excelente en los distintos estudios (DüNardo, Moras, Rapee y Brown, 1993).

En nuestro Servicio de Asistencia Psicológica utilizamos rutinariamente una entrevista de evaluación del pánico que recoge las cuestiones reflejadas en la entrevista ADIS-R, complementándolas con otras preguntas que, a partir de nuestra experiencia clínica, nos parecen relevantes. En el Apéndice 1 se encuentra un ejemplar de este instrumento. Además, la información que proporciona esta entrevista la complementamos con una entrevista semiestructurada que nos permite realizar una anamnesis general en la que se recoge información variada en torno a distintas áreas: familia, pareja, ocio, trabajo, salud, sexualidad...

2.2. ATAQUES DE PÁNICO

En la Conferencia se consideró esencial estudiar muy detenidamente los ataques de pánico de los pacientes y para ello se recomendó obtener datos cotidianos por medio de un registro diario de los ataques de pánico y de los ataques de síntomas limitados. Los registros deben incluir:

- momento del día y situación en que se produce el ataque de pánico;
- duración y severidad del episodio;
- severidad de cada uno de los síntomas individuales;
- tipo de ataque (inesperado, predispuesto o determinado situacionalmente);
- conveniencia de registrar el grado de incremento de la ansiedad desde la línea de base.

La evaluación de los ataques de pánico requiere haber tenido una entrevista con el paciente para asegurarse de que ha comprendido como identificar y registrar los ataques, ya que muchas veces los pacientes utilizan de forma similar «pánico» y «ansiedad», o no distinguen entre episodio de pánico y episodio de síntomas limitados. También se subraya la necesidad de elaborar una descripción o ilustración clínica que clarifique todos los puntos a los pacientes. Se considera conveniente establecer una línea de base de, al menos, 2 semanas (recomendablemente de 1 mes) antes de comenzar cualquier tipo de tratamiento.

En el Apéndice 2 se encuentra un ejemplar del diario de pánico que nosotros utilizamos (simple y ampliado). Se trata de una adaptación realizada por nosotros del diario utilizado por Clark y Salkovskis (1987). Incluye información relativa a la frecuencia de crisis en la última semana, la duración de cada una de las crisis, la intensidad estimada por el paciente de cada A.P., el número, la intensidad de los síntomas y las cogniciones que aparecen en los

AP. La forma simple consta de un espacio para cada uno de los días de la semana donde el paciente describe la situación en que ha tenido la crisis, así como la duración de la misma. Además, en las columnas aparecen los síntomas que se contemplan en el DSM y el paciente debe marcar con una cruz aquellos que ha experimentado durante el ataque de pánico. La última columna está reservada para que el paciente anote la severidad estimada del ataque. La forma ampliada es idéntica a la anterior, pero incluye también una hoja en la que el paciente puede anotar no sólo las principales sensaciones corporales que ha experimentado, sino también la interpretación catastrófica de estas sensaciones, el grado de certeza estimado de la interpretación negativa (0-100), la posterior interpretación racional de las sensaciones y el grado de certeza que finalmente atribuye a la interpretación catastrófica.

También se encuentra en el Apéndice 3 la descripción clínica que presentamos al paciente, para ayudarlo a discriminar entre ataques de pánico, ataques de síntomas limitados y ansiedad.

Esta información general acerca de los AP la complementamos con un análisis detallado y minucioso que nos permite comprender el modo concreto en que se presentan los AP en el paciente. Dedicamos una sesión (que ya forma parte del protocolo de tratamiento) a recabar esta información. Adelantamos aquí los principales puntos tratados en esta sesión, aunque al final de este capítulo presentaremos, a modo de ejemplo, la transcripción de la evaluación de pánico de un paciente que acudió a nuestro Servicio de Asistencia. Estos puntos son:

- Descripción de un AP: situación, sensaciones, cogniciones y comportamiento.
- Otras situaciones en las que ha tenido ataques.
- Evitación y temor de situaciones o actividades.
- Reacción habitual frente a un ataque.
- Reacción de otras personas.
- Existencia de moduladores en los ataques.
- Comienzo y curso del problema.
- Tratamientos que ha recibido.
- Causa percibida del problema.

2.3. LA ANSIEDAD ANTICIPATORIA

El constructo de ansiedad anticipatoria en el contexto del trastorno de pánico resulta bastante complejo y, al menos, engloba: a) la aprensión acerca de tener un ataque de pánico; b) la expectativa o la predicción acerca de que un ataque de pánico ocurrirá y será peligroso, y c) la tendencia continua a temer el ataque o temer las sensaciones corporales relacionadas con el ataque de pánico.

En la Conferencia se recomendó registrar diariamente en escalas tipo Likert:

- a) La preocupación por tener un ataque de pánico (cantidad de tiempo que la persona ocupa diariamente) y la intensidad del miedo acerca de tener un ataque de pánico (véase diario de pánico en Apéndice 2).
- b) La probabilidad subjetiva acerca de tener un ataque de pánico en un futuro próximo (p. ej., en la siguiente semana) y una estimación de su gravedad.
- c) En nuestro Servicio utilizamos el Registro de Predicción (RP) que presentamos en el Apéndice 4. Se trata de un registro de los afrontamientos de situaciones o actividades

que realiza el paciente. Antes del afrontamiento se le pide al paciente que haga una predicción acerca del grado de miedo y de seguridad que va a experimentar durante el afrontamiento (0-10); debe predecir también si experimentará o no un ataque de pánico y, en caso de que conteste afirmativamente, la intensidad del ataque (0-10). Tras el afrontamiento el paciente indica el grado de miedo y de seguridad que, realmente, ha experimentado, la ocurrencia o no del ataque y su intensidad. También se le pregunta si influyó alguien o algo en el grado de seguridad experimentado. Con estos datos es posible analizar la exactitud en las predicciones de pánico de los pacientes.

- c) El grupo de trabajo consideró que también resulta esencial evaluar la tendencia a temer las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad y estableció como válidos para este propósito los siguientes instrumentos: *Agrophobic Cognitions Questionnaire* and the *Body Sensations Questionnaire* (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984); *The Panic Appraisal Inventory* y *The Panic Belief Questionnaire* (Greenberg, 1989); y el *Anxiety Sensitivity Index* (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986).

De todos ellos, el más ampliamente utilizado es el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI), de Reiss y cols. (1986). La noción de sensibilidad a la ansiedad resulta central en este ámbito ya que se considera que puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de pánico (Sandín, Chorot y McNally, 1996). Hace referencia al miedo que tiene el sujeto a los síntomas de ansiedad, debido a la creencia de que estos síntomas tienen consecuencias perjudiciales (p. ej., una palpitación significa un ataque cardíaco) (Reiss, 1991). El constructo de sensibilidad a la ansiedad se considera conceptual y empíricamente como algo distinto a la ansiedad-rasgo. Esta última denota la tendencia a responder con ansiedad a los estresores en general, mientras que la sensibilidad a la ansiedad hace referencia a responder con ansiedad a los síntomas de ansiedad. Este constructo se mide habitualmente por medio del ASI de Peterson y Reiss (1992). El ASI cuenta con un buen respaldo experimental que indica excelentes propiedades psicométricas: además, ha sido traducido a 10 idiomas y puede afirmarse que se trata de una medida internacional. Existe una versión adaptada para la población española por Sandín y cols. (1996) que confirma su estructura monofactorial, proporciona evidencia adicional de su validez y fiabilidad y de su utilidad para discriminar entre el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad.

2.4. LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS FÓBICOS

Se insistió en la necesidad de obtener medidas de los síntomas fóbicos, evaluando de forma separada el temor y la evitación fóbicas. También resulta necesario delimitar si los síntomas de pánico están relacionados o no con alguna situación fóbica (p. ej., fobia social) y, finalmente, evaluar el grado de temor a las sensaciones internas y las situaciones y/o actividades que provocan estas sensaciones. Dado que no existe ningún instrumento que valore todos estos aspectos, se recomendó utilizar el Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979), además de escalas que evalúen separadamente el temor y la evitación, tanto a estímulos internos como externos.

En nuestro Servicio utilizamos de forma rutinaria el Cuestionario de Miedos de Marks

y Mathews y las Escalas de Evitación y Temor (EET). En estas últimas se establecen una serie de conductas/situaciones objetivo que el paciente teme y evita, y que le gustaría ser capaz de afrontar al finalizar el tratamiento. Se valora el grado de evitación en una escala de 0 a 10, donde el 0 sería «Nunca lo evito» y el 10 «Siempre lo evito» y el grado de temor que le produce enfrentarse a cada una de las conductas/situaciones objetivo en una escala de 0 a 10, donde el 0 sería «Nada de miedo» y el 10 «Miedo extremo». En los Apéndices 5 y 6 se encuentra un ejemplar de cada uno de estos instrumentos.

2.5. LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL DETERIORO, SEVERIDAD Y MEJORÍA GLOBALES

Dada la complejidad del trastorno y los múltiples criterios de mejoría posibles, se consideró esencial obtener un índice compuesto global que, al menos, debería incluir: a) episodios de pánico y de síntomas limitados, b) ansiedad anticipatoria, c) síntomas fóbicos, y d) deterioro debido al problema.

En la conferencia se recomendó la utilización de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico de Shear, Sholomskas y Cloitre (1992). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada. Las estimaciones se realizan teniendo en cuenta, por una parte, las respuestas de los pacientes y, por otra, la valoración del clínico. En primer lugar, el entrevistador se asegura de que el paciente diferencia adecuadamente entre un ataque de pánico, un episodio de síntomas limitados y la ansiedad anticipatoria relacionada con el pánico. Las valoraciones se centran en «el último mes» y se rastrean (véase Apéndice 7):

- La frecuencia de los AP y el grado de malestar experimentado en los mismos.
- La gravedad de la ansiedad anticipatoria.
- El miedo y evitación agorafóbicas.
- El miedo y evitación de sensaciones físicas.
- El grado de interferencia/deterioro que produce el TP en el trabajo.
- El grado de interferencia/deterioro que produce el TP en el funcionamiento social.

Por otra parte, en la Conferencia también se insistió en la necesidad de evaluar la utilización de los servicios médicos (psiquiátricos y no psiquiátricos), el uso de alcohol u otras drogas y se recomendó recabar una valoración tanto del paciente como del clínico (obviamente, todavía se consideró más adecuado contar también con un evaluador independiente).

En nuestro Servicio, además de la Escala de Shear y cols. (1992) utilizamos las Escalas para la Evaluación de la Mejoría. Esta valoración la realizan tanto el terapeuta como el paciente. En el caso del terapeuta se utilizan dos escalas.

EMT1: En la primera de ellas, el terapeuta, en respuesta a la pregunta: «Considerando su experiencia clínica global, cómo evaluaría usted en la siguiente escala el estado de este paciente concreto», valora desde un punto de vista clínico el estado global del paciente en una escala de 1 a 6: donde 1 es «Normal», 2 es «Ligeramente perturbado», 3 «Moderadamente perturbado», 4 «Bastante perturbado», 5 «Severamente perturbado», y 6 es «Muy severamente perturbado».

EMT2: En la segunda escala, el terapeuta valora la mejoría del paciente desde el comienzo del tratamiento en una escala de 1 a 7 donde 1 es «Mejoradísimo», el 2 «Bastante mejor», el 3 «Un poco mejor», el 4 «Sin cambios», el 5 «Un poco peor» el 6 «Bastante peor» y el 7 «Muchísimo peor».

Y para evaluar la mejoría percibida por el paciente utilizamos la escala:

EMP: El paciente evalúa el grado de mejoría subjetiva que percibe desde que comenzó el tratamiento en una escala igual a la EMT2, que va de 1 a 7, donde 1 sería «Muchísimo mejor» y 7 «Muchísimo peor».

Con el fin de evaluar el grado de deterioro que produce el TP también utilizamos en nuestro Servicio el *Cuestionario de Adaptación* (Echeburúa y De Corral, 1991). Este instrumento evalúa en escalas de 0 a 5 (donde 0 es «Nada», 1 «Casi nada», 2 «Poco», 3 «Bastante», 4 «Mucho» y 5 es «Muchísimo»), el grado en que el problema interfiere en distintas áreas de la vida del paciente: área laboral, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. También incluye una última escala para medir el nivel de interferencia global.

En los Apéndices 8, 9, 10 y 11 se encuentra un ejemplar de cada uno de estos instrumentos.

2.6. LA COMORBILIDAD

Respecto a la comorbilidad, se recomendó estudiar la presencia de otros trastornos de los Ejes I (fundamentalmente, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatoformes, abuso y dependencia de sustancias), II y III y, además, llevar a cabo una evaluación post-tratamiento de los diagnósticos identificados en el pretratamiento. Con independencia de que se pudieran establecer o no determinados diagnósticos, hubo acuerdo general respecto a la necesidad de evaluar el grado de ansiedad general y de depresión.

Por otra parte, también se recomendó ver si en las mujeres se produce una exacerbación de los síntomas en relación a la menstruación. Finalmente, se insistió en evaluar la presencia o no del Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia y en la necesidad de establecer criterios explícitos para determinar el diagnóstico primario de TP en el caso de observarse comorbilidad. Como posibles criterios se plantearon: la secuencia temporal, el grado de deterioro asociado al trastorno, foco de la búsqueda de ayuda...

Respecto a este subapartado, en nuestro Servicio se considera si están presentes los criterios para poder establecer la presencia de determinados trastornos de los Ejes I, II y III y, además, se utilizan rutinariamente los siguientes instrumentos:

STAI. *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*, desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), adaptado para la población española por TEA (1988). Es un inventario que comprende dos escalas separadas que miden dos conceptos de ansiedad, ansiedad estado y ansiedad rasgo.

BAL. *Inventario de Ansiedad de Beck*. Es un inventario que consta de dos partes. La primera es una escala subjetiva de 0 a 10, donde 0 es «Nada» y 10 es «Muchísimo», en la que

el paciente valora el grado de ansiedad que ha sentido en la última semana. La segunda parte es un listado de 21 síntomas de ansiedad, en su mayoría fisiológicos. El paciente debe señalar la ocurrencia de esos síntomas en una escala de intensidad de 4 puntos que va de «Nada» a «Mucho». Aparece un ejemplar en el Apéndice 12.

BDI. Inventario de Depresión de Beck (1961), adaptado a la población española por Conde y Franch (1984). Inventario de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. El sujeto debe elegir la alternativa que mejor describa su estado actual. Mide sobre todo aspectos cognitivos del estado de ánimo deprimido, aunque también aspectos fisiológicos y conductuales.

CPD. Cuestionario de Pensamientos Distorsionados. Traducido del cuestionario de Beck CDQ (1988) por Ballester (1992). El paciente valora la presencia e intensidad de una serie de cogniciones relacionadas con el pánico en el momento de las crisis. El inventario consta de 16 ítems con 4 alternativas de respuesta, de menor a mayor intensidad (desde «Nada» a «Mucho»). Presentamos un ejemplar en el Apéndice 13.

Por otra parte, desde hace bastante tiempo estamos investigando la posible influencia que pueda ejercer en el TP la «Conducta de Enfermedad» de los pacientes. Es ésta la razón de que en nuestro protocolo de evaluación también incluyamos la evaluación de la conducta de enfermedad:

IBQ. Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Pilowsky y Spence, 1983). El IBQ es una escala de 62 ítems que aísla 7 factores:

- *Hipocondría General.*
- *Convicción de Enfermedad.*
- *Percepción Psicológica vs. Somática de Enfermedad.*
- *Inhibición Afectiva.*
- *Perturbación Afectiva.*
- *Negación.*
- *Irritabilidad.*

Estos siete factores se agrupan en torno a dos dimensiones de segundo orden que ofrecen una información más general de la conducta de enfermedad (Pilowsky y Spence, 1983):

- *Estado Afectivo.* Incluye los factores de *Hipocondría General*, *Perturbación Afectiva* e *Irritabilidad*.
- *Afirmación de Enfermedad.* Comprende los factores de *Convicción de Enfermedad* y *Percepción Psicológica vs. Somática de Enfermedad*.

En general, la bondad estadística del IBQ parece aceptable (Zonderman, Heft y Costa, 1985; Pilowsky, 1993). Recientemente, se ha realizado una factorización y depuración de este instrumento en muestras clínicas españolas (Llor, Nieto, Godoy y Morales, 1991; Llor, Godoy y Nieto, 1993). Traducciones castellanas del Índice Whiteley del IBQ se pueden encontrar en Baur (1990) y Avia (1993), y del IBQ completo en Ballester y Botella (1993a), del que aparece un ejemplar en el Apéndice 14.

Por último, una de las variables más importantes que distintos autores han resaltado en relación con los trastornos de ansiedad y concretamente con el trastorno de pánico ha sido la de la autoconciencia y la conciencia corporal. La autoconciencia vendría a designar la tendencia a dirigir de forma difusa la atención hacia uno mismo y llevarla a la persona a un alto grado de introspección respecto a su propio comportamiento y cómo es valorado por los demás. Por su parte, la conciencia corporal, más específica del pánico, denota la tendencia a centrar la atención en el propio funcionamiento fisiológico (ritmo cardíaco, respiración...) y en la apariencia física. Dado que en algunos de nuestros trabajos (Ballester, 1992; Ballester y Botella, 1993b), la autoconciencia y sobre todo, la conciencia corporal se han mostrado relevantes en los pacientes con pánico y, además, susceptibles al cambio tras la intervención terapéutica, solemos evaluar estas variables a través de la traducción realizada por nosotros de la Escala de Autoconciencia Privada y Pública (SCS) de Fenigstein, Schéier y Buss (1975) y de la Escala de Conciencia Corporal Privada y Pública (BCS) de Miller, Murphy y Buss (1981). Un ejemplar de esta última puede encontrarse en el Apéndice 15.

2.7. RESPUESTA AL TRATAMIENTO, REMISIÓN, RECUPERACIÓN, RECAÍDA Y RECURRENCIA

En la Conferencia se planteó si era posible la «recuperación total» del TP (no existencia de ningún síntoma) teniendo en cuenta los datos acerca de presencia de sintomatología en población normal. Una discusión similar se produjo respecto a recuperación ¿Recuperación de qué síntoma o aspecto? ¿Durante cuánto tiempo? No se llegó a ningún acuerdo general sobre estos puntos. Se consideró que era necesario obtener más datos y se acordó estudiar el tema con mayor profundidad.

Respecto a este punto es necesario señalar que se han planteado diversos modos de considerar la mejora clínica (Barlow, 1988; Clum, 1989; De Beurs, Van Dyck, Balkom, Lange y Koele, 1994; Himadi, Boice y Barlow, 1986; Jacobson, Follere y Ravensdorf, 1984; Jacobson y Ravensdorf, 1988; Mavissakalian, 1986; Mavissakalian y Hamann, 1986; Shear y Maser, 1994) y, aunque existe un claro reconocimiento de la importancia del problema, éste todavía no está definitivamente resuelto. Se suele apelar a mejoras que oscilan entre el 20% (p. ej., Barlow, 1988) y el 50% en una serie de criterios que se consideran fundamentales en el trastorno de pánico. Por lo tanto, para delimitar la mejora clínica global, nosotros consideramos necesario lograr una reducción del 50% y, dada su relevancia, nos centramos en los aspectos que establecen Shear y Maser (1994) en su trabajo, a saber:

- a) Episodios de crisis de pánico y de síntomas limitados.
- b) Ansiedad anticipatoria y síntomas fóbicos.
- c) Interferencia del problema en diversos ámbitos de la vida cotidiana (trabajo, vida social y familiar).
- d) Estimación global de la severidad del problema y de la mejora realizada por el paciente y por el terapeuta.
- e) Utilización de los servicios de salud (psiquiátricos y no psiquiátricos).
- g) Uso del alcohol u otras drogas.

2.8. EL SEGUIMIENTO

En éste como en el tratamiento de cualquier otro trastorno, se consideró absolutamente necesario obtener datos a corto y a largo plazo. Por lo tanto, se recomendó establecer unos períodos de seguimiento nada más finalizar el tratamiento y otros a más largo plazo (al menos hasta los 12 meses). En la evaluación de los seguimientos se debería incluir:

1. Entrevista estructurada para valorar la presencia de trastornos (criterios del TP y de otros trastornos que se hubieran detectado previamente).
2. Severidad de los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria y síntomas fóbicos.
3. Grado de deterioro, severidad y mejoría globales.
4. Tipo y frecuencia de los tratamientos recibidos en el intervalo de medida.
5. Presencia de condiciones médicas durante el intervalo de medida.

Por último, también se recomendó en la Conferencia obtener información acerca de acontecimientos vitales importantes y la calidad de vida de los pacientes.

Como hemos avanzado anteriormente, pensamos que un buen modo de finalizar este capítulo es presentar la transcripción de una sesión de evaluación del pánico con un paciente que acudió a nuestro Servicio de Asistencia.

Transcripción de una entrevista de evaluación de los ataques de pánico

- T. ¿Podrías describirme cómo ocurrió tu última crisis?
- P. Sí, fue el domingo pasado, después de la siesta, sobre las seis y cuarto aproximadamente. Habíamos ido a visitar a mis cuñados que viven en un pueblo a siete kilómetros de Valencia. Al volver, hice una siesta y al despertarme, ya me encontraba mal, sentía mareo, algo de dolor de pecho y dolor de cervicales. Estaba nervioso sin saber por qué. De repente todas las sensaciones se fueron haciendo más intensas, la opresión de pecho era cada vez mayor y parecía que la cabeza se me iba.
- T. Muy bien. Ahora voy a leerte un listado de sensaciones corporales y me gustaría que me dijeras cuáles de ellas experimentaste en esta crisis, por si hubiera alguna que hayas olvidado decirme.
- P. (El paciente confirma la existencia, además de las anteriores sensaciones, de palpitaciones; tensión muscular generalizada, inestabilidad, temblor en las manos, sensación de ahogo «como si tuviera una burbuja o un vacío de aire en el estómago» y «un irio en los pies que me iba subiendo hacia arriba».)
- T. ¿Qué pensabas en esos momentos?
- P. Siempre pienso lo mismo, que me va a pasar algo, que ha llegado mi hora.
- T. Algo como qué. ¿Podrías concretarme un poco más?
- P. ¿Algo? Un ataque cardíaco. Pero es que además constantemente pienso, por ejemplo, ¿qué pasaría si me muriese en el avión? ¿Qué dirían los demás? A lo mejor dirían, «con lo buen chaval que era». ¿Saldría en la prensa? Es como si lo viera: «Un viajero que hacía el trayecto Valencia-Palma ha fallecido de un ataque cardíaco...». Al final pienso: bueno, pues si me tiene que pasar algo que me pase ya. ¿Me explico? Anoche por ejemplo pensaba en estas cosas y me decía: bah, estoy sano y no me pasa nada; no me voy a morir en las crisis. Pero se me ha metido esto en la cabeza y no hay forma de sacármelo. Para eso confiamos en vosotros.

- T. Bien, entonces por lo que nos dices hasta el momento, cuando tienes una crisis sueles sentir palpitaciones, sensación de anogo, opresión en el pecho, mareo o inestabilidad, irio, temblores y tensión muscular. Lo que sueles pensar en esos momentos es que te va a pasar algo terrible, concretamente piensas en la inminencia de un ataque cardíaco. ¿Es así, te he entendido bien?
- P. Sí, exactamente es eso, aunque a veces las sensaciones no son idénticas de una crisis a otra.
- T. Lo que nos comentado es interesante porque parece haber una cierta relación entre las sensaciones que tuviste y los pensamientos que te vinieron a la cabeza. Pero ya hablaremos de este tema. Volvamos a la crisis que me estás relatando. ¿Qué es lo que hiciste cuando te encontrabas como me has descrito?
- P. Nada en especial, intenté disimular para no preocupar a mi mujer, fui al baño, cenamos viendo la televisión y punto. Hicimos vida completamente normal. Yo seguía preocupado pero la ansiedad iba a menos y el miedo fue pasando poco a poco.
- T. La última crisis te ocurrió estando en tu casa. ¿En qué otras situaciones has tenido ataques de pánico?
- P. En cualquier situación. Por ejemplo, ayer en un hotel estuvo a punto de darme una crisis mientras veía un programa maravilloso en TV3. De repente, comencé a encontrarme mal, dije que me iba a acostar. Al subir arriba, a las habitaciones, estaban jugando unas personas a las cartas, me quedé un rato a ver cómo jugaban, me distraje y se me pasó. También me han ocurrido en la cama, conduciendo, en el restaurante de cualquier hotel...
- T. Parece que distraerte te ayuda a disminuir tu ansiedad en esos momentos. ¿Alguna vez has tenido una crisis en una situación inesperada, una situación en la que tú pensarías que no había ningún motivo para tener un ataque?
- P. Hombre, yo creo que ver la televisión no es ningún motivo para que me ocurra nada.
- T. ¿Fue ayer la última vez que has tenido o has estado a punto de tener una crisis?
- P. Sí, es lo que te acabo de contar. Estaba muy cómodo y muy bien viendo el programa de televisión y comencé a encontrarme fatal y muy nervioso.
- T. ¿Crees que es posible que viendo la televisión ocurriera algo o vieras algo que te pudiera poner nervioso?
- P. No, ese día no, era el telediario y no estaban comentando ninguna noticia especialmente desagradable para mí.
- T. ¿Puedes cerrar los ojos e imaginar exactamente la situación en que te encontrabas en ese momento?
- P. (Con los ojos cerrados.) Nada, es lo mismo que te he contado ya. Había sido un día un poco ajetreado. Estaba sentado viendo la televisión. Me encontraba cansado y me di cuenta de que cuando cerraba los ojos sentía un ligero mareo.
- T. ¿Fue esa ligera sensación de mareo lo que comenzó a despertar la ansiedad en ti?
- P. Sí, así fue.
- T. La reacción de ansiedad siempre se da ante un determinado estímulo. No todas las veces es sencillo descubrir cuál ha sido el estímulo inicial que desencadena todos los síntomas. Cada vez serás más capaz de detectarlo. Sin embargo, que exista un estímulo desencadenante no significa que haya tenido que ocurrir nada en especial, el estímulo puede ser intimo, como una sensación de la que tú te das cuenta. Pero de eso tendremos ocasión de hablar más adelante.
- P. Lo que ocurre es que son muchas las cosas capaces de hacerme sentir mal. Por ejemplo, en mi caso simplemente mirar la espiral del cordón del teléfono me mareo, desde hace mucho tiempo. Pero esa situación ya sé que me mareo y por eso, no me asusto si me encuentro mal. Lo malo es cuando me vienen los síntomas así de repente, sin saber por qué.

- T. Tú lo pasas muy mal cuando tienes un ataque de pánico. ¿Hay alguna situación o actividad que evites por miedo a sufrir un ataque?
- P. Nada que interiera en mi vida normal, aunque si es cierto que evito visitar a gente enferma, hablar de enfermedades... todo eso lo tiendo a evitar.
- T. ¿Siempre cosas o situaciones que tengan que ver con las enfermedades?
- P. Sí, es lo que peor me sienta.
- T. ¿Qué es lo que sueles hacer cuando llega la crisis, cómo reaccionas?
- P. No suelo hacer nada en especial, porque me suelen dar de cara a la noche, cuando voy a acostarme. alguna vez sí que he ido a urgencias a un hospital. En general, conforme se acerca la noche me voy poniendo más nervioso, porque es cuando tengo más tiempo para pensar. Antes tenía la costumbre de dejar la luz de la mesita encendida, muchas noches para estar más tranquilo.
- T. ¿Ante qué personas has tenido crisis hasta el momento?
- P. Las he tenido estando con mi mujer, mis hijas, con amigos, solo, de todas las formas.
- T. ¿Cómo suele reaccionar tu mujer?
- P. Yo no le digo nada para no desanimarla. Simplemente me voy a dormir. Lo que hago es aguantar hasta una hora en que no llama la atención que me vaya a dormir.
- T. ¿Y tus hijas?
- P. Mis hijas no saben nada de lo que me pasa, no les digo nada. A veces me notan que estoy mal y me dicen «¿Qué te pasa, estás mal?, tienes los ojos rojos, estás blanco». Y yo les digo «Mujer, sólo falta que me digas tú eso».
- T. ¿Qué piensan tus amigos de tu problema?
- P. Que es una comida de coco impresionante que tengo yo ahí.
- T. ¿Y qué piensas tú?
- P. Eso mismo, mis amigos tienen razón, es una comida de coco y no me quito esto de la cabeza.
- T. Durante el tiempo que te están dando las crisis, ¿has notado si hay factores que aumenten la probabilidad de tener una crisis?
- P. Por ejemplo, de noche es más fácil que me den. También cuando estoy de viaje a veces me dan, pero ahí estoy más tranquilo. Al estar en un hotel sé que hay alguien en recepción toda la noche, que hay mucha gente durmiendo allí. Sin embargo, en casa tengo toda la responsabilidad de mi familia, con mi mujer y dos hijas. Si me pasara algo, monto todo el cuadro.
- T. En esos momentos, ¿hay algo que puedas hacer para tranquilizarte?
- P. Lo que más es relacionarme con la gente, hablar es lo que más me distrae. Muchas veces también me llevo trabajo a casa, cuentas para distraerme si me da.
- T. El primer ataque de pánico que tuviste ¿cuándo ocurrió?
- P. Fue en septiembre-octubre de 1988.
- T. ¿Ese fue el primer gran ataque, el primero más intenso?
- P. No, fue la primera vez que comencé a encontrarme mal. Estaba nervioso y fui al médico porque tenía un dolor de pecho continuo que a veces se hacía más fuerte y no se me iba. Creía que tenía algo malo. El médico me hizo placas y me dijo que lo que tenía eran nervios intercostales (según palabras de nuestro paciente). Como no se me iban fui a otro médico, me hizo placas de nuevo y también me diagnosticó lo mismo, me dijo que lo mío era cosa de psicólogos, que era mi mente, una manía que se me había puesto en la cabeza.
- T. Háblame del primer ataque fuerte que tuviste.
- P. Fue con mi mujer, hace aproximadamente cuatro meses, yo venía de Zaragoza, estaba en casa viendo la televisión, se acostaron mis hijas y nos quedamos los dos viendo la televisión, un programa especial, no recuerdo bien. Empecé a encontrarme mal, con falta de aire y opresión de pecho, se lo dije a mi mujer y ella me propuso ir al hospital. A mí

no me gusta ir a los hospitales y por eso le dije que no hacía falta, que me pasaría enseñada. Pero yo veía que dentro de mí había algo que iba a más, cada vez me encontraba peor. Entonces le dije que bien, que fuéramos al hospital. Al ir a vestirme, noté una sensación de mareo muy intenso, incluso llegué a pensar que iba a desmayarme, me puse muy nervioso. Mi mujer llegó a asustarse y entonces me dijo que cogiéramos un taxi para ir al hospital. Yo le contesté que no hacía falta, que yo podía conducir. Lo peor duró muy poco, apenas un minuto. Cuando llegamos al hospital, me hicieron un electrocardiograma y no me salió nada. Me dijeron que lo que tenía eran nervios, me dieron un Valium, me tranquilicé, volví a casa, me acosté y dormí toda la noche como siempre.

Ese fue el primer ataque. El segundo ocurrió en Alicante. Yo había vuelto de trabajar. Me puse a jugar con mis amigos al dominó y entonces sentí, sin más, un mareo. Ese mareo era cada vez más fuerte, tanto que casi llegué a caerme de la silla. Dejé de jugar, me fui a cenar al mismo hotel en que estábamos por si tenía desmayo, pero el mareo iba a más. Me puse nervioso, muy nervioso, me puse a temblar, temblaba todo mi cuerpo, unos nervios impresionantes. Entonces, le dije a uno que me llevara al hospital, que no me encontraba muy bien. Me llevaron, de nuevo me hicieron un electrocardiograma y me dijeron que lo que tenía era algo psicológico, que tendría que acudir a un psicólogo y que, estuviera tranquilo porque no me iba a pasar nada. Estuve así aproximadamente una hora y media.

Tan fuertes como esos ataques no he tenido ninguno más.

- T. Comprendo. Desde que comenzaste a tener este problema, ¿has seguido algún tipo de tratamiento psicológico o farmacológico?
- P. No, ninguno. Únicamente he tomado de manera esporádica Tranxilium de 5 mg, que me prescribió mi médico de cabecera.
- T. ¿Alguna vez te has planteado por qué tienes ataques de pánico, cuál es la causa de tu problema?
- P. Sí, muchísimas veces. Al principio pensaba que mis ataques se debían a mi mala salud. Pero ahora pienso que es una manía que se me ha metido en el coco no sé por qué, y que en realidad no tengo ningún problema orgánico. La verdad es que alguna vez he pensado que todo esto comenzó cuando cambié de empresa. Pero mi actividad es la misma que en la empresa anterior y no tengo problemas laborales. También he pensado si me ha podido influir el carácter de mi suegro. Como yo no he conocido a mi padre, siempre he tenido una relación estrecha con mi suegro. Él siempre se preocupaba mucho por su salud física, siempre estaba yendo a los médicos y nunca le encontraban nada. Al final, murió de un accidente de coche. Quizás su muerte me influyó más de lo que yo creí.
- T. ¿Me estás queriendo decir que tu suegro influyó en tu problema por su preocupación también constante por su salud, o que fue su muerte lo que te impactó y te generó toda esta ansiedad?
- P. No, no creo que me influyese su forma de ser, porque yo siempre me he preocupado por mi salud, desde niño, pero sí que muriese tan de repente. ¿Puede ser que esto sea la causa de mi problema?
- T. Bueno, no cabe duda de que el dolor que te produjo la muerte de tu suegro te influyó negativamente, pero no podríamos decir que tu problema actual sea resultado de aquello. Posiblemente pudo facilitar que apareciera la ansiedad, pero con toda seguridad no fue la causa de tus ataques de pánico. La próxima sesión tendremos ocasión de ver cómo y por qué se produce exactamente un ataque de pánico y los factores por los que una vez ha ocurrido el primer ataque, el problema sigue manteniéndose. ¿Hay algún otro comentario que desearías hacer en torno a tus crisis?
- P. No, no, yo creo que con lo que he contado te has podido hacer una idea bastante exacta de lo que me sucede.

que tiene respecto al contenido de la sesión. También, el terapeuta debe hacer pequeños resúmenes de lo que ha entendido del paciente, siendo éste quien confirma la validez de las conclusiones que el terapeuta ha extraído.

En los próximos capítulos exponemos con detalle los diferentes componentes terapéuticos que incluimos en nuestro programa de tratamiento, para finalizar con el paso a paso de la aplicación del mismo, por sesiones y algunos comentarios finales respecto al tratamiento del TP.

Capítulo 4

El componente educativo del tratamiento

Uno de los elementos más importantes de nuestro programa de tratamiento del TP es el componente educativo. En principio, el objetivo de este ingrediente terapéutico es ofrecer al paciente una explicación razonable de lo que le está sucediendo, tanto en el momento concreto de sus crisis como en lo que se refiere al trastorno.

Los pacientes con TP suelen llegar a las consultas psicológicas con escasa información acerca de su problema de ansiedad. En muchas ocasiones, ni siquiera saben que tienen un trastorno de ansiedad y su sintomatología les hace pensar que lo más probable es que exista algún daño orgánico, más o menos grave, que pueda dar cuenta del malestar que experimentan en sus crisis. En otros casos, cuando los pacientes ya nos llegan derivados de otros servicios médicos con el diagnóstico realizado, saben que padecen de los «nervios», de ansiedad o, como mucho, que padecen «trastorno por angustia» o «trastorno de pánico». Sin embargo, pocas veces han tenido la oportunidad de que alguien les explique qué es eso de la ansiedad, qué es el pánico y por qué les ha tocado a ellos. A falta de explicaciones provenientes de un profesional legitimado socialmente, los pacientes construyen su propio modelo explicativo de su enfermedad. Algunos tienen muy claro que «tanto estrés durante tanto tiempo les tenía que salir por algún lado». Unos pocos dicen que «siempre han sido muy preocupadizos y eso no tiene que ser bueno». Hay quien apela a la herencia para recordar que algún miembro de su familia ha tenido problemas de nervios o al menos un carácter muy fuerte. Alguno hay que teme haberse extralimitado jugando con los espíritus en casa de los amigos o piensa en quién puede haberle echado mal de ojo. Otros se extrañan de que, justamente ahora, que no tienen graves problemas, se encuentren tan mal y no el año anterior cuando murió su madre, se divorciaron o tuvieron un aborto. Pero la mayoría sospecha que esas sensaciones corporales tan intensas que se presentan bruscamente en las crisis no pueden deberse simplemente a causas psicológicas y piensan que, aunque nadie se lo ha diagnosticado todavía, padecen un grave problema médico como un tumor, un problema cardíaco o alguna lesión cerebral que, en un momento u otro, acabará produciéndoles la muerte o la locura. Desafortunadamente, el pánico no es como la gripe y la población general no va hablando por la calle de sus síntomas y su malestar. Esto hace que, además,

las personas que han tenido sus primeras crisis no tengan fácil la posibilidad de comparar su experiencia con la de otros y así tener una referencia que les permita atribuir sus síntomas a una causa menos catastrófica o grave de la que les suele venir a la mente. Por otra parte, el malestar tan importante que causa el pánico hace que las personas que lo padecen estén convencidas de que su experiencia es única; para ellos, no existen otras personas con este problema.

El carácter inesperado de los ataques de pánico no hace más que dificultar, todavía con mayor fuerza, una posible explicación racional por parte de quienes los padecen. Un paciente nos comentaba: «La primera vez me ocurrió después de una discusión con mi compañero de trabajo. Pensé que no me sentaba bien enfadarme, así que lo evité y me esforcé en no hacer caso de su comportamiento. La segunda vez me ocurrió en una cena familiar. Entonces pensé que el problema no era mi compañero, sino que yo me estaba convirtiendo en una persona antisocial porque sólo estar con gente ya me ponía nervioso. La tercera vez tuve una crisis estando solo en casa, viendo tranquilamente un programa de televisión. No entiendo nada. Por más que le busco relación, no se la encuentro. Los ataques son algo que cuando quiere viene y cuando quiere se va, sin pedir permiso, te dejan fatal y nunca sabes cuándo los volverás a ver. Seguramente en el momento más inoportuno». Esta experiencia relata suficientemente el sentimiento de indefensión que se da con tanta frecuencia en los pacientes con trastorno de pánico.

En suma, el carácter inesperado de las crisis de angustia, unido a la intensidad de las sensaciones corporales y cognitivas que las acompaña, hace que los pacientes con pánico tengan un sentimiento de miedo, indefensión y falta de control sobre su problema. Nuestra experiencia clínica nos dice que cuando se les ofrece a estas personas una oportunidad para saber qué es lo que les está sucediendo, y por qué, estos sentimientos disminuyen sensiblemente mejorando globalmente su estado emocional.

Esta es la razón por la que nosotros incluimos un módulo educativo en la primera sesión de tratamiento. En dicho módulo, no entramos en aspectos que impliquen precisar, desde un punto de vista teórico, las diferencias existentes entre miedo, ansiedad, fobia, pánico y arousal. La explicación que planteamos sólo intenta lograr que el paciente comprenda mejor lo que le ocurre: esto es, nuestro objetivo se centra en conseguir un grado suficiente de «validez aparente». Para ello, recurrimos a algunas de las ideas que utilizan Barlow y Cerny (1988) para explicar al paciente qué es la ansiedad y cómo funciona. En dicha explicación, estos autores no diferencian entre ansiedad y miedo y presentan la ansiedad como una emoción que es experimentada por todos los seres humanos, una emoción que no necesariamente es peligrosa. Ahora bien, en algunas personas la ansiedad puede producirse, ya sea con excesiva frecuencia, en grados de intensidad extremos y, obviamente, sin que exista un peligro externo que la justifique. En tales casos, es necesario recurrir a la ayuda profesional.

Siguiendo esta lógica, en el módulo educativo planteamos los siguientes aspectos:

- ¿Qué es la ansiedad?
- Posible valor adaptativo de la ansiedad
- Ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo
- Formas de manifestarse la ansiedad
- Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad
- Presentación del modelo cognitivo del pánico

A lo largo del proceso de evaluación ya ha aparecido con cierta frecuencia el término «ansiedad». Además, al paciente se le ha dicho que padece un trastorno de ansiedad, por lo que parece conveniente conversar con él para llegar a una definición «consensuada» del término ansiedad. Para ello, comenzamos preguntando al paciente por el concepto que tiene de la ansiedad. Habitualmente, los pacientes suelen contestar cosas como las siguientes: «Pues es como una fuerza que te viene y permanece en ti hasta que te puedes desahogar» «Son nervios, estrés, preocupaciones...» «Es cuando deseas algo aunque no sepas muy bien qué es exactamente» «Tener la sensación de que te va a pasar algo malo» «Cuando esperas a alguien y tarda». La segunda pregunta que realizamos es si consideran que la ansiedad es algo positivo o negativo. El 99% de los pacientes contestan rápidamente que, por supuesto, es negativa, una respuesta totalmente comprensible si tenemos en cuenta que los pacientes no pueden dejar de asociar la ansiedad al malestar que están experimentando. Sin embargo, es importante lograr que la idea del paciente cambie, en el sentido de aceptar la ansiedad como una emoción más y, por tanto, como una parte de sí mismo, al igual que la tristeza o la alegría, emociones todas ellas que enriquecen la vida de las personas y nos permiten experimentar gran diversidad de sentimientos. Por ello les solemos decir a los pacientes que, si bien es comprensible su respuesta, ésta no se ajusta completamente a la realidad. Para hacerles ver que la ansiedad no siempre es negativa, e incluso en algunas ocasiones puede resultar muy adaptativa, apelamos al componente de activación fisiológica de la ansiedad y les decimos que la ansiedad supone un estado de alarma o alerta del organismo que nos avisa de que estamos ante un peligro. Seguramente, sin la ansiedad, el ser humano no habría sobrevivido a lo largo de la historia.

Cuando los pacientes aseguran que la ansiedad es negativa están queriendo decir implícita o explícitamente dos cosas. La primera es que la ansiedad resulta muy molesta y desagradable y que les interfiere en su vida cotidiana, produciéndoles un malestar considerable. La segunda, y más importante, es que la ansiedad es peligrosa en el sentido en que son peligrosos los ataques de pánico que, según ellos piensan, podrían llegar a producirles la muerte o la locura. Es fundamental dejar claro a los pacientes que la ansiedad nunca resulta peligrosa en sí misma. Solemos decir con rotundidad a nuestros pacientes que nunca nadie en ningún lugar del mundo ha muerto, ha enloquecido, ha perdido el control o se ha desmayado por esto, una afirmación que suelen grabar en sus mentes y recordar en momentos críticos. Dado que también resultan muy frecuentes las creencias acerca del carácter nocivo de las sensaciones corporales que comporta la ansiedad, y que estas creencias se revelan como muy importantes, afirmamos a nuestros pacientes que los estudios realizados sobre este tema indican que dichas sensaciones, en sí mismas, son inofensivas.

Finalmente, para reiterar el carácter adaptativo que puede tener cierto grado de ansiedad, comentamos que ésta puede proporcionar a una persona un grado óptimo de activación que le ayude a mejorar su rendimiento, como se ha demostrado reiteradamente en estudios experimentales.

Siempre resulta útil ofrecer al paciente un ejemplo de lo que estamos diciendo, porque, a partir de dicho ejemplo, el paciente puede construir una imagen que, a nivel intuitivo, le ayudará a comprender lo que le está ocurriendo y le será más fácil recordar en el momento de la crisis. En este caso, le solemos pedir que imagine a un negro warusi que pasea por la sabana africana y que se encuentra con un león. Ante esta imagen, pedimos al paciente que nos diga lo que cree que el negro warusi pensaría, sentiría y haría en esa situación. Llegamos, junto con el paciente, a la conclusión de que el negro warusi pensaría que se encontraba ante un peligro, sentiría miedo, o cuanto menos una ligera inquietud que le haría ma-

nifestar algunas sensaciones corporales como taquicardia, respiración agitada o dilatación de pupila y, probablemente, reaccionaría corriendo, subiéndose a un árbol, escondiéndose o preparándose para enfrentarse al león. Este ejemplo resulta muy útil ya que:

- por un lado, nos ayuda a presentar al paciente el triple sistema de respuesta de la ansiedad, es decir, los modos en que la ansiedad se manifiesta, a saber, el cognitivo en forma de pensamientos; el fisiológico en forma de sensaciones corporales, y el motor en forma de movimientos, acciones corporales o reacciones de evitación;
- por otro lado, nos permite analizar el carácter adaptativo y la utilidad que tiene la respuesta de ansiedad para la supervivencia del individuo. Si no fuera porque el negro watusi se asusta al pensar que se encuentra ante un peligro, su cuerpo no se activaría y si su cuerpo no se hubiera activado, no le sería posible luchar, defenderse o huir del peligro de forma adecuada;
- en tercer lugar, nos permite centrarnos en el componente de activación fisiológica de la ansiedad (que es lo que suele producir mayor temor al paciente con TP) y explicar la utilidad que tiene cada una de las sensaciones corporales para la supervivencia. Así, por ejemplo, las taquicardias suponen un aceleramiento del corazón para aumentar el aporte de sangre a los músculos; la respiración agitada posibilita que estos músculos se encuentren oxigenados para responder con prontitud; la dilatación pupilar amplía el campo visual para la exploración y detección de nuevos peligros.

La elección de este ejemplo, que pertenece a una cultura muy alejada de la nuestra, se basa en la mayor facilidad que puede tener para el paciente entender la utilidad de la ansiedad en un ejemplo que no esté contaminado por su propia experiencia de malestar. Por otra parte, el paralelismo entre la respuesta del negro watusi y la que se produce en el paciente ante una amenaza no es difícil de establecer. Sin embargo, en alguna ocasión en que al paciente le resultaba muy difícil situarse en tal ejemplo lo hemos sustituido por el de una persona que anda por la calle y entonces ve cómo otra persona de mal aspecto se aproxima a ella.

Lo importante de este diálogo es que de una manera sutil, y poco a poco, el terapeuta va intentando romper la creencia del paciente de que cualquier reacción de ansiedad es negativa. De hecho, tras finalizar con el ejemplo del negro watusi, el paciente suele decir que entiende la utilidad de la ansiedad en ese caso, pero no en el suyo. A esto, el terapeuta puede responder que es cierto que, en ocasiones, la respuesta de ansiedad es más intensa o más generalizada de lo que sería útil y es por ello por lo que se habla de un «trastorno» o «problemas» de ansiedad. Pero entonces, debe quedar claro que es la «cantidad», la «perversidad» o la «no justificación» de la respuesta de ansiedad y no la ansiedad en sí misma la que resulta patológica en el individuo.

Una vez ha quedado eso claro, solemos dar un paso más para remarcar el papel central que ocupan los pensamientos en el proceso de la ansiedad. Para ello, tomamos prestado el ejemplo de Beck, en el que una persona que se encuentra sola en casa oye un ruido en una habitación. Le pedimos al paciente que se imagine en esta situación y que nos diga cómo cree que se sentiría y qué es lo que haría si pensara que el ruido ha sido provocado por un ladrón peligroso que está entrando por la ventana. El paciente suele contestar que se encontraría muy nervioso, con palpitaciones, temblores... y que haría algo como esconderse, prepararse con un cuchillo detrás de una puerta o salir corriendo. Entonces, le pedimos que imagine una estando en la misma situación piensa que el ruido ha sido provocado por el

viento que ha cerrado una ventana o ha tirado el jarrón que había sobre la mesilla. ¿Cómo se sentiría y qué haría? Algunos pacientes hacen referencia a un sobresalto inicial muy comprensible pero, después, todos coinciden en que no se sentirían nerviosos. Como mucho, se encontrarían fastidiados si el jarrón les gustaba mucho, o aliviados en el caso contrario. No tendrían ninguna sintomatología física en especial, e irían a recoger los trozos de cristal o de cerámica rotos. Tras incidir en el carácter diferenciado de esta última reacción, el terapeuta le cuestiona al paciente qué es lo que ha cambiado en los dos ejemplos. Realmente la situación era la misma, en ambos casos la persona se encontraba sola en casa y escuchaba un ruido, pero la reacción ha sido muy distinta. En un caso, se produce una respuesta fisiológica de alarma y la persona huye de la situación. En el otro, no se produce tal respuesta y la persona acude a recoger los fragmentos rotos. Obviamente la única diferencia entre ambas situaciones es la interpretación que la persona ha hecho de la situación, es decir, los pensamientos que ha tenido al oír el ruido. En el primer caso, la persona piensa que se encuentra ante un ladrón. En el segundo, piensa en el viento.

Tras este ejemplo, el terapeuta pregunta al paciente cuál es la conclusión que podría extraer. La respuesta deseada sería algo parecido a la siguiente: «Bueno, está claro que la forma en que pensamos o cómo interpretamos los hechos es lo que hace que nos sintamos tranquilos o ansiosos y que nos comportemos de un modo u otro». «Muy bien —contestaría el terapeuta—, en definitiva, antes hemos hablado de las tres manifestaciones de la ansiedad, pero ¿qué dirías que es lo principal en todo este proceso?». De este modo, resulta sencillo llevar al paciente a la idea del papel central que ocupan los pensamientos en la respuesta de la ansiedad. También queremos decir que algunos pacientes, al ser preguntados por las diferencias entre los dos ejemplos, contestan que la situación cambia y que es lógico que si uno se enfrenta a un ladrón se ponga nervioso, mientras que si se le rompe un cristal o una figura simplemente se sobresalta. Cuando esto ocurre, el paciente está extrayendo una conclusión errónea que conviene modificar. No es que las situaciones produzcan invariablemente emociones determinadas, sino que es la interpretación que hacemos de ellas la que nos conduce a una determinada respuesta emocional. Por último, señalaremos como anécdota que tuvimos que cambiar nuestro ejemplo en el caso de un paciente que había sido guerrillero en América Central, ya que la aparición de un ladrón y un posible enfrentamiento con él le generaba una activación difícilmente discernible de la que aparecería ante el cristal roto.

El último paso en este módulo de información al paciente es la explicación del proceso que se da en un ataque de pánico, así como el origen y mantenimiento del trastorno. Una vez el paciente ya ha entendido la importancia de los pensamientos en la respuesta de ansiedad, no resulta difícil exponerle el modelo cognitivo del pánico. Para empezar, decimos al paciente que hasta ahora hemos hablado de la ansiedad en general, pero que ha llegado el momento de entrar a comentar qué es lo que le sucede en sus ataques de pánico. Con la ayuda del contenido de la última crisis que tuvo el paciente, o de cualquier crisis que le resulte fácil recordar, se ayuda al paciente a que comprenda que el proceso de una crisis comienza con un determinado estímulo. Ese estímulo inicial puede ser tanto de tipo interno como por ejemplo, una determinada sensación corporal, una imagen o un pensamiento) como de tipo externo (por ejemplo, una determinada situación o lugar temidos). Por razones que pueden ser muy variadas (contenido del pensamiento, anormalidad de una sensación, excesiva automatización, condicionamiento previo), la persona se siente amenazada ante ese estímulo. Entonces, como es lógico, el sujeto responde con una respuesta emocional de miedo. Como ya se ha señalado, esta respuesta comporta una serie de manifestaciones fisiológicas (medidas, en parte, a través de un proceso de hiperventilación) tales como acele-

ración del ritmo cardíaco, opresión de pecho, respiración agitada, mareo, sensación de irrealidad... Esas respuestas, por sí solas, son insuficientes para que se produzca un ataque de pánico. Sin embargo, en ocasiones ocurre que el sujeto asocia e interpreta tales sensaciones como indicadoras de que se va a producir un desastre inminente, de que le va a ocurrir algo malo, como un ataque cardíaco, una parada respiratoria, un ataque cerebral, un desmayo o sencillamente la pérdida del control de su mente. Son estas cogniciones las que incrementan la percepción inicial de la amenaza, ya que la preocupación o malestar inicial del sujeto pasa a un segundo plano para ocuparse de un supuesto peligro mucho más inminente y más grave. A su vez, el incremento de la percepción de amenaza lleva a un aumento de las sensaciones corporales, con lo que la cognición catastrófica se valida a sí misma, entrando la persona en un círculo vicioso que culmina en el pánico o la angustia.

La explicación del círculo vicioso del pánico constituye uno de los momentos del tratamiento en los que el terapeuta puede caer en la tentación de abandonar el aconsejado estilo socrático para lanzar al paciente una perorata, más o menos técnica, de lo que le está ocurriendo. Por ello, es importante recordar que la presentación del modelo cognitivo del pánico debe hacerse a partir de una crisis relatada por el paciente, mientras el terapeuta transcribe el proceso de la crisis en una figura gráfica que refleja intuitivamente el *feedback* positivo entre sensaciones y cogniciones que se da en el ataque. Al acabar la descripción que el paciente realiza de este ataque, el terapeuta hace un resumen incidiendo en el lugar que ocupan las cogniciones catastróficas para, ulteriormente, pedir al paciente que haga un breve repaso de lo que se ha comentado. Entonces se le pregunta si cree que esa podría ser una forma posible de explicar lo que le ocurre en un ataque, y hasta qué punto cree que el modelo coincide o no con su experiencia.

A continuación presentamos la transcripción de la aplicación del módulo educativo a un paciente con el fin de observar el estilo en que se mantiene el diálogo terapéutico.

- T. Bien, una vez cumplimentados los cuestionarios, vamos a comenzar con algo que quería plantearte en la sesión de hoy. Como tú ya sabes, porque te lo dijimos en el primer contacto que tuvimos, cuando realizamos el diagnóstico, tú padeces trastorno de pánico, también llamado trastorno por angustia. Este trastorno es uno de los problemas de ansiedad que más se dan en la población general. Es muy frecuente y, afortunadamente, en los últimos años hemos avanzado mucho en su conocimiento y, por tanto, en su tratamiento. Pero ya que se trata de un problema de ansiedad, creo que lo primero de lo que tendríamos que hablar es qué es lo que tú entiendes por "ansiedad".
- P. La ansiedad para mí es algo... Imagino que cuando tienes ganas de algo.
- T. Cuando tú sientas ansiedad, ¿sueles tener ganas de algo?
- P. No, bueno, tengo unas ganas de fumar locas, porque siempre he fumado mucho y ahora fumo poco, entonces me contengo, pero finalmente... y fumo. Por eso, para mí la ansiedad es tener ganas de hacer algo y no poder alcanzarlo.
- T. Bien, es cierto que esa es una acepción de la palabra ansiedad. Pero tú sabes que hay otra acepción de la ansiedad que la hace sinónimo de nerviosismo. Desde esa perspectiva se habla de los trastornos de ansiedad. En este sentido, ¿qué es para ti la ansiedad?
- P. No sé. La ansiedad es intranquilidad, nerviosismo, mareos, me entra de todo.
- T. Muy bien. ¿Y tú crees que la ansiedad es algo negativo, o por el contrario pueda resultar de cierta utilidad?
- P. Negativo, por supuesto.
- T. ¿En todos los casos?

- P. Sí, porque yo tengo ansiedad y es negativa a todas luces.
- T. ¿Crees que la ansiedad podría ser positiva o útil en alguna situación?
- P. Pues no sé, quizás en algún caso, pero ya te digo que en estos momentos para mí es negativa.
- T. Bien, te hago esta pregunta por lo siguiente. Existe la creencia generalizada, sobre todo cuando se tiene un trastorno de ansiedad, de que la ansiedad es algo negativo, incluso peligroso. En términos generales, se podría entender la ansiedad como una reacción de alerta o de alarma de la que dispone nuestro organismo para defendernos cuando percibimos que estamos frente a un peligro. En este sentido, la ansiedad no sólo no es negativa, sino que puede resultar esencial para nuestra supervivencia. Seguramente, sin la reacción que comporta la ansiedad, el ser humano no habría sobrevivido a lo largo de la historia. Lo que, desde luego, está claro es que esta reacción de alarma nunca es peligrosa. Nunca nadie en ningún lugar del mundo se ha muerto, ha enloquecido, ha perdido el control o se ha desmayado por esto. Los estudios que se han realizado parecen demostrar que las sensaciones de ansiedad en sí mismas son inofensivas. Por otra parte, la ansiedad puede proporcionar a la persona un grado óptimo de activación que le ayuda a mejorar su rendimiento. Por ejemplo, ¿te resulta fácil trabajar un día, en el mes de julio, en el que te sientes tan extremadamente tranquilo que te cuesta moverte e incluso razonar?
- P. No, desde luego. Cuando estoy así no voy cara al aire.
- T. Pues ahí tienes un ejemplo de cómo la ansiedad en un grado moderado puede tener un efecto totalmente positivo sobre la persona. Me gustaría que analizáramos un ejemplo. Imagínate que un negro watusi va caminando por África y de repente le sale un león a su encuentro. ¿Cómo crees que reaccionaría el negro watusi? (el terapeuta va haciendo una representación esquemática de lo que el paciente contesta).
- P. Pues no sé. Imagino que se asustaría muchísimo e intentaría huir.
- T. Bien, ¿por qué crees que se asustaría?
- P. Hombre, porque tendría delante a un león que le podría matar.
- T. Entonces, ¿tú crees que el negro watusi pensaría que se encontraba ante un peligro?
- P. Sí, desde luego.
- T. Y a nivel corporal, ¿crees que tendría algún tipo de reacción al ver al león?
- P. Sí, probablemente se le aceleraría el corazón y respiraría más rápido. Quizás sudores, temblor, no sé.
- T. Estupendo. ¿Y qué crees que haría? ¿Cómo se comportaría el negro watusi?
- P. Digo yo que se iría corriendo, se subiría a un árbol o cogería una lanza para pelear con el león.
- T. Muy bien. Tú mismo acabas de describir las tres formas en que se manifiesta la ansiedad. Cuando nos encontramos ansiosos tenemos unos pensamientos que nos avisan de que estamos ante un peligro: ciertas reacciones corporales que denominamos respuesta fisiológica; y finalmente, un comportamiento motor que nos lleva a huir o escapar del peligro según en qué situación estemos. Las tres formas de respuesta tienen su utilidad. Por ejemplo, ¿qué crees que pasaría si el negro watusi no saliese corriendo para huir del león?
- P. Imagino que el león se lo zamparía.
- T. Probablemente. ¿Y si no tuviera una reacción corporal que lo activase como por ejemplo taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, dilatación de pupila...?
- P. No tengo idea de para qué pudieran servir estos síntomas.
- T. ¿Qué es lo que ocurre cuando una persona tiene taquicardia?
- P. Que el corazón le va más rápido.
- T. Exacto. El corazón bombea más sangre a todas las partes del organismo. ¿Y qué ocurre cuando una persona respire más rápido?

- P. ¿Qué tiene más oxígeno?
- T. Perfecto. Llega más oxígeno a la sangre y a los músculos. Y por ejemplo la dilatación de las pupilas, ¿para qué podría servir?
- P. Ni idea.
- T. Cuando dilatamos la pupila ampliamos el campo de visión y, por lo tanto, podemos rastrear la existencia de peligros en un espacio más amplio.
- P. ¡Ah! Ya entiendo. Lo que tú me quieres decir es que todos esos síntomas son útiles para que el negro watusi pueda escapar del peligro, ¿no es eso?
- T. No sé, ¿tú qué crees?
- P. Creo que lo veo claro. En este caso los síntomas sirven para que el negro watusi pueda sobrevivir.
- T. Y lo mismo ocurre con el pensamiento. ¿Qué crees que hubiera ocurrido si el negro watusi en lugar de pensar que se encontraba ante un peligro, pensara que todos los leones son inocentes?
- P. Seguro que entonces no se hubiera puesto nervioso, no habría tenido ninguna sensación corporal, no se habría ido corriendo y el león se lo hubiera merendado.
- T. Estupendo. ¿Sigues pensando que la ansiedad siempre es negativa?
- P. No, en este caso está claro que no, pero lo mío es distinto. En mí la ansiedad siempre es negativa.
- T. ¿Estás seguro? ¿Nunca has tenido que enfrentarte ante un peligro físico o una situación de rendimiento en la que la ansiedad te haya ayudado a activarte y responder mejor?
- P. Sí, claro, pero me refiero a mis ataques de pánico.
- T. Bien, entonces podemos afirmar que la ansiedad, a veces, es desadaptativa, aunque no peligrosa, cuando es desproporcionada para la situación ante la que te encuentras o cuando surge con demasiada facilidad. Algo parecido a la alarma de un coche cuando salta por un ruido fuerte aunque no lo estén robando,¹ ¿no te parece? Sin embargo, ¿dirías que las alarmas de coche son malas o inútiles?
- P. No, desde luego.
- T. ¿Podrías hacer un resumen de lo que llevamos hablado hasta aquí para ver si me he explicado bien?
- P. Bueno, no sé. Hemos dicho que la ansiedad es una manera que tiene el organismo para responder frente a un peligro, que no es peligrosa, que a veces es útil y que se manifiesta a través de unos pensamientos, unas sensaciones corporales y un comportamiento. ¿Es eso?
- T. Sí, perfecto, veo que estás comprendiendo bien todo lo que estamos hablando. En efecto, hemos dicho que la ansiedad se manifiesta a través de los pensamientos, las sensaciones y el comportamiento. Pero, vamos a dar un paso más, vamos a ver la relación que puede haber entre estas tres formas de manifestarse la ansiedad. Me gustaría que imaginaras que un día te encuentras solo en casa y entonces se oye un ruido en el otro extremo de la casa. Tú piensas que te has dejado la ventana abierta y como vives en un primer piso, crees que un ladrón ha entrado a robar en tu casa.² ¿Cómo crees que te sentirías? (el terapeuta representa esquemáticamente las respuestas del paciente)
- P. Tendría una diarrea de la leche.
- T. ¿Te pondrías nervioso, tendrías alguna sensación corporal?
- P. Hombre, nervioso seguro, taquicardia, temblor y de todo.
- T. Muy bien, ¿y qué harías?
- P. Imagino que salir por la puerta sin que me vea o esconderme.

1. Ejemplo tomado del prof. Echeburua.

2. Ejemplo tomado de Beck.

- T. Estupendo. Ahora te pediría que imagines la misma situación. Tú oyes un ruido en el otro extremo de la casa, pero esta vez lo interpretas como que es un día de viento y seguro que la ventana se ha abierto o cerrado bruscamente y se ha roto el cristal. ¿Cómo te sentirías y qué harías?
- P. Pues también me asustaría.
- T. Sí, el sobresalto inicial posiblemente fuera el mismo, pero ¿te sentirías igual que si piensas que es un ladrón?
- P. ¡Hombre, no! No me pondría nervioso, no tendría síntomas y no me escondería. Iría a ver qué había sucedido y recogería los trozos de cristal.
- T. ¿Qué conclusión podrías extraer de este ejemplo?
- P. No sé, según lo que ocurra te sientes de una forma y haces una cosa u otra.
- T. No, fíjate que la situación es la misma. ¿Qué es lo que cambia?
- P. La forma de interpretar el ruido.
- T. Exacto, ¿entonces?
- P. Entonces, la conclusión sería que estando en la misma situación, según se interprete, la reacción es muy distinta.
- T. Por lo tanto, de entre las tres respuestas de la ansiedad, los pensamientos, las sensaciones corporales y el comportamiento, ¿cuál te parece la central, la más importante?
- P. Según esto, el pensamiento.
- T. Muy bien, eso es. Ahora que veo que has entendido bien cómo funciona la ansiedad, vamos a analizar exactamente qué es lo que ocurre en un ataque de pánico. Para ello, vamos a pensar en tu última crisis (el terapeuta representa gráficamente la crisis conforme se va relatando). Antes me has dicho que todo comenzó a suceder cuando te dijeron que tenías la tensión baja. Fue eso lo que desencadenó la ansiedad por primera vez. ¿Qué pensaste en ese momento?
- P. Que estaba harto de mi mala salud y que quizás podría desmayarme.
- T. Bien, entonces eso fue amenazante para ti y sentiste miedo, ¿no es cierto?
- P. Sí, desde luego. Desde que me lo dijeron me fui encontrando mal, hasta que me dio aquel mareo tan fuerte.
- T. Entonces, parece que, como ya hemos visto antes, el hecho de preocuparte por algo que te habían dicho te llevó a experimentar miedo, y como una de las respuestas que forman parte del miedo son las sensaciones corporales, cada vez te ibas encontrando peor, hasta que llego ese mareo. ¿Qué pensaste entonces?
- P. Que el desmayo era seguro, que iba a caerme en medio de la calle, mi mujer se iba a asustar, yo iba a hacer el cuadro y me podía ocurrir algo.
- T. Entonces, ¿qué ocurrió?
- P. Todavía me encontraba peor, hasta que por un momento me sentía caer al suelo. Estaba muy asustado y muy nervioso. El peor momento apenas duró unos segundos. Después me fui encontrando mejor, poco a poco, y al llegar al ambulatorio me acabé de tranquilizar.
- T. ¿Podrías decir entonces que fue al interpretar tus sensaciones corporales como una señal de que el desmayo era inminente cuando, realmente, llegaste a experimentar el pánico?
- P. Sí, antes ya me encontraba mal, pero en ese instante la ansiedad aumentó bruscamente y sentía que me daba algo.
- T. Fíjate en este gráfico. En él he ido apuntando todo lo que tú me ibas contando y es muy interesante porque representa lo que ocurre en un ataque de pánico. Todos los ataques comienzan con un estímulo desencadenante que puede ser externo, como por ejemplo una determinada situación o estímulo interno (una sensación, un pensamiento o una imagen). En este caso, todo comenzó cuando te dijeron que tenías la tensión excesivamente

baja. Ese estímulo, en sí mismo, no tendría por qué provocar ansiedad, pero, por algún motivo, tú lo percibes como amenazante; y ya sabes que cuando pensamos que nos encontramos ante una amenaza nuestro organismo reacciona con miedo y una serie de sensaciones corporales, entre las cuales está el mareo. Hasta aquí nos encontramos con una de tantas reacciones de ansiedad que solemos tener. Sin embargo, tú fuiste más allá. Al sentirte mareado, pensaste que te ibas a desmayar, que ibas a hacer el cuadro, que tu mujer se iba a asustar y que te podía pasar algo. Fue en ese instante cuando comenzó a producirse el pánico, porque es la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, y no éstas en sí mismas, lo que lleva finalmente al pánico. Al pensar esto, la amenaza que percibías era mayor. Ya no solamente estabas preocupado por la amenaza de que en el ambulatorio te dijeran algo negativo respecto a tu presión arterial, sino por la amenaza mucho más inminente del desmayo. Por eso, tu miedo creció y, con él, la intensidad del mareo y de otras sensaciones, lo cual, a su vez, tú consideraste una evidencia de que realmente te ibas a desmayar, y así sucesivamente, en un círculo vicioso que se alimenta a sí mismo y que finalmente conduce al pánico: ¿Crees que este proceso podría explicar lo que te ocurrió el domingo y, en general, lo que sucede en los ataques de pánico?

P. Sí, desde luego, pero ¿quieres decir que el pánico me vino por mis pensamientos, que me lo inventé yo?

T. No exactamente. Fíjate bien en lo que hemos comentado El pánico fue real, las sensaciones corporales fueron reales, pero lo que te quiero decir es que tus pensamientos contribuyeron a que la ansiedad fuese aumentando hasta culminar en el pánico. ¿Crees que es esto posible?

P. Sí, la verdad es que en esos momentos no puedo evitar asustarme mucho y pensar que me va a ocurrir lo peor. Y cuanto más pienso, peor me encuentro.

T. Estupendo, J. E., a partir de lo que hemos visto, ¿podrías hacer un pequeño resumen de cómo se produce un ataque de pánico?

P. Bueno, has dicho que hay muchas cosas que pueden hacer que la ansiedad comience a aparecer, que cuando aparece porque consideramos que algo es amenazante para nosotros, como hemos visto antes, nuestro organismo reacciona con miedo y con sensaciones corporales. Pero que lo que conduce verdaderamente al pánico es la interpretación catastrófica de esas sensaciones. ¿Es eso?

T. Perfecto, es el momento en que crees que te falta de aire y tu opresión de pecho significan que te va a dar un infarto, que vas a morir asfixiado... O si sientes una sensación de irrealidad, piensas que te vas a volver loco y a perder el control. O, como ocurrió esta última vez, al marearte piensas que te vas a desmayar. Sin embargo, nada de esto es posible. ¿Entiendes?

P. Es increíble. Estás diciéndome exactamente lo que me pasa. Es algo que sólo puedes entender si alguna vez te ha pasado, o en vuestro caso, porque lo habéis oído contar a muchos pacientes.

T. Me alegro de que piensas que esta explicación refleja lo que te está sucediendo.

Por supuesto, son numerosas las dudas que los pacientes pueden presentar respecto al modelo cognitivo del pánico y es importante que el terapeuta aclare todas esas dudas a lo largo de la terapia. Normalmente, se trata de aspectos del modelo que no encajan con la experiencia de los pacientes o que les parecen lógicos o incomprensibles. Es de suma importancia que el terapeuta no se sienta amenazado por estas objeciones y que, más bien al contrario, refuerce el interés que muestra el paciente por entender todo aquello que se trata en la terapia. Debemos recordar que nuestros modelos explicativos no son más que modelos

ficticios que pretenden simular la realidad y que dejan de ser útiles en el momento en que no son comprendidos y compartidos por nuestros pacientes.

Pasamos a reseñar las objeciones más importantes que los pacientes suelen hacer al modelo cognitivo del pánico, así como el modo en que el terapeuta podría responder a estas cuestiones.

1. El paciente no entiende por qué padece este trastorno

P. Entiendo por qué se produce un ataque de pánico, pero todavía no sé la causa de que yo tenga este trastorno.

T. Esa es una pregunta muy interesante y creo que la respuesta tiene dos partes: por un lado, ¿por qué tuviste tú por primera vez un ataque de pánico?; por otro, ¿por qué una vez has tenido el primer ataque, has seguido teniendo más hasta desarrollar el TP? Respecto a la primera te diría que todo el mundo puede tener un ataque de pánico. Como sabes, sólo hace falta que una persona se vea inmersa en una situación en la que tiene una reacción fisiológica que considera fuera de lo normal y que interviene catastrófica-mente. Actualmente se está estudiando si existen algunos factores que predispongan a ese primer ataque, como la hipocondría o el haber sufrido durante un tiempo una situación estresante a nivel interpersonal, etc.

P. Es que resulta curioso. Como sabes, hace un año yo atravesé un conflicto importante de separación de mi pareja. Entonces tenía motivos para estar mal, con ansiedad me refiero, y no la tuve; y justo ahora que empiezo a recuperarme de aquello, me viene el problema.

T. Eso suele suceder. Cuando uno tiene que afrontar un problema saca fuerzas de donde no las hay. Más tarde, el cuerpo se lo cobra. O la mente. ¿Nunca te ha pasado que has estado cuidando a un enfermo y no has pasado ni por un resfriado, y sin embargo, cuando todo ha pasado, han empezado a salirte los problemas de salud?

P. Sí, sí, lo pude comprobar con mi padre, es cierto.

T. Pues es lo mismo que te puede haber ocurrido, pero no podemos tener la seguridad de que aquel problema, el de la separación, ha sido el causante de tu trastorno de ansiedad. La otra cuestión es por qué una vez has tenido la primera crisis, has seguido teniendo más. Hay dos procesos que suelen llevar al mantenimiento del trastorno de pánico cuando el individuo ya ha desarrollado cierta tendencia a interpretar catastrófica-mente las sensaciones corporales. Por un lado, debido al miedo a ciertas sensaciones, la persona se vuelve hipervigilante, centra la atención en sí mismo, lo que le lleva a ser consciente de sensaciones que para otras personas, sencillamente, no existen. Por otro, la persona, llevada por el miedo de que se produzca un nuevo ataque, suele empezar a evitar aquellas situaciones o actividades que le llevan a experimentar las situaciones que teme. Esta evitación hace que la persona no pueda comprobar que sus ideas o sus interpretaciones de las sensaciones son erróneas. ¿Crees que algo de esto ha podido sucederte a ti?

P. Creo que las dos cosas que has comentado.

T. ¿Podrías hacerme un resumen de lo que has entendido de todo esto, cuáles son las causas de que se dé un primer ataque de pánico y de que se mantenga el problema?

2. El paciente habla de los ataques «llovidos del cielo» o espontáneos, en los que no cree que haya ningún estímulo desencadenante

P. Pero ¿y en los ataques de pánico que me vienen de repente, como llovidos del cielo? ¿Dónde está ahí el estímulo desencadenante?

T. Bien, me alegro de que me hagas esta pregunta porque es muy interesante. Verás, como hemos dicho antes, en todos los ataques de pánico hay un estímulo desencadenante que

inicia el proceso. Sin embargo, tienes razón en que a veces es difícil detectarlo porque todo ocurre muy rápido. ¿Recuerdas alguna ocasión en que esto te haya sucedido?

P. Sí, claro. Hace una semana estando en casa de mi madre, o mejor el viernes pasado viendo la televisión. Estaba tan tranquila con mi marido y de repente...

T. De repente, llegó la crisis.

P. Eso.

T. Vamos a analizar con mucho detalle esa crisis. Has dicho que estabas viendo la televisión. ¿Recuerdas el programa?

P. No.

T. Inténtalo, cierra los ojos e intenta reproducir la situación.

P. Sí, ya recuerdo, era un documental sobre algunas barbaridades que habían cometido algunos cascós azules en misiones de paz.

T. ¿Estaba siendo agradable para ti o no?

P. Era horrible, me sentía fatal.

T. ¿Es posible que ese programa te pusiera tenso o te generara algún tipo de malestar?

P. Seguro.

T. Bien, pues ahí tienes un posible estímulo desencadenante. La emoción que te causaba ese reportaje pudo crearte alguna sensación fisiológica o psicológica que tú percibieras inconscientemente como una amenaza. A partir de ahí, se fue desencadenando el proceso.

P. ¿Quieres decir que ya no puedo ver ni reportajes de la televisión?

T. No, todo lo contrario, pero es posible que tu temor a tus propias sensaciones corporales pueda hacer que cualquier hecho o situación que las produzca, se convierta en un estímulo desencadenante de una crisis. De todos modos, recuerda que la crisis se produce, no por el estímulo desencadenante en sí, sino por la interpretación que tú haces de las sensaciones corporales.

P. Creo que lo entiendo.

T. Además quiero que sepas que los estímulos desencadenantes pueden ser muchos y muy variados: la ingestión de cafeína, anticipar lo que tienes que hacer un día determinado, haber bebido alcohol, el cansancio, el estrés, la menstruación, la hipoglucemia o haber estado horas sin comer, un cambio brusco de temperatura, el efecto de algún fármaco, la actividad sexual, etc. Solos o en combinación, todos estos factores, y muchos otros, pueden ser estímulos desencadenantes. Siempre hay algo que origina el problema, pero a veces es difícil identificarlo. ¿Qué conclusión extraes de todo esto?

P. Siempre hay un motivo, pero a veces cuesta verlo. Lo que pasa es que no sé si a lo largo de la terapia yo voy a ser capaz de ver los estímulos desencadenantes.

T. Esto supone un cierto entrenamiento para el cual hacer los registros diarios te va a ayudar a percibir mejor los estímulos que originan cada crisis. También puedes pedirle a tu pareja, o a quien esté contigo, que te ayude a ver cuál es el factor o los factores que, en cada ocasión, inician el círculo vicioso, porque en ocasiones uno puede no verlo y para otro estar claro. En cualquier caso, no te preocupes si en alguna crisis no eres capaz de identificar el estímulo desencadenante. Cualquier sensación, pensamiento, imagen o situación puede serlo. No hay que obsesionarse con ello.

3. El paciente no ve la razón de que se producen ataques de pánico mientras está durmiendo, ataques nocturnos

P. Lo que no entiendo es cómo, si es cierto que los ataques de pánico se producen así, a veces tengo ataques cuando estoy durmiendo. No veo que en esa situación haya ningún estímulo desencadenante que pueda provocarlos.

T. ¿Recuerdas algún ataque de pánico en concreto?

P. Hace cuatro semanas, por la noche yo me acosté muy tranquila, no había tenido ningún ataque en toda la semana, yo ya pensaba que estaba mejorando, estaba con mi marido, nos acostamos tarde y de madrugada me dio el ataque.

T. Bien, vamos a intentar hallar una explicación a este problema. ¿De acuerdo? ¿Tú crees que mientras estás durmiendo, durante el sueño, no te estás enterando de nada, no eres consciente de nada de lo que ocurre a tu alrededor?

P. Yo creo que no.

T. Te voy a poner un ejemplo. Me has dicho que tienes un niño. ¿Alguna vez te has despertado en mitad de la noche cuando tu hijo te ha llamado o simplemente se ha quejado levemente?

P. Claro, pero eso es algo especial.

T. O sea, que tú realmente no estás del todo psicológicamente inactiva durante el sueño, eres consciente de cosas que están ocurriendo a tu alrededor.

P. Sí, pero no de todo, de algunas cosas no me entero.

T. Sólo eres consciente de estímulos que son significativos para ti. ¿No?

P. Sí, eso es.

T. Bien, pues eso es importante que lo entiendas porque la investigación sobre este tema ha demostrado que mientras estamos durmiendo somos conscientes de cosas que ocurren a nuestro alrededor que son significativas para nosotros. Por ejemplo, si mientras estás durmiendo alguien dice en voz baja tu nombre es muy fácil que te despiertes. Aunque estás durmiendo estás receptiva a ciertas palabras como tu nombre y no sólo respecto a los sucesos externos sino también a los eventos internos, a las sensaciones que sientes. ¿Nunca te ha pasado, por ejemplo, que durante la noche tuvieras deseos de orinar y, o bien te despiertas para ir al baño, o introduces el deseo en el sueño y sueñas que vas al aseo? ¿Te ha ocurrido alguna vez?

P. Sí.

T. ¿Qué dices ahora acerca de que podamos ser conscientes durante el sueño de las señales que nos envía nuestro cuerpo?

P. Sí, la verdad es que todo lo que me dices me ha ocurrido.

T. Durante el sueño estamos controlando tanto cosas que ocurren en el exterior como cosas que ocurren en nuestro propio cuerpo. Bien, ¿y que crees que ocurriría si tú tienes un miedo especial a tener un ataque cardíaco y, de repente, durante el sueño tienes unas palpitaciones que son producto de una determinada fase del sueño, o porque estás teniendo una pesadilla, o por cualquier cosa? ¿Qué crees que ocurriría?

P. Por una pesadilla está claro que te sientes mal y te despiertas, pero no acabo de entender lo del ataque de pánico.

T. Bien, vamos a ver, de la misma manera que me has dicho que cuando estás durmiendo oyes a tu hijo, te despiertas porque puede pasarle algo, puede que necesite algo. ¿Podría ser posible que durante el sueño, tú sientas palpitaciones y te despiertas porque consideras que las palpitaciones son un peligro para tu propia seguridad, creas que puedes sufrir un ataque cardíaco?

P. ¿Quieres decir que durante el sueño no estamos completamente inactivos aunque parezca que sí, y bueno, a una de las cosas a las que nunca estás inactiva es a tus propias sensaciones y en concreto a las que temes, en mi caso a las palpitaciones?

T. Sí, esa es la explicación que te propongo para la existencia de ataques nocturnos.

P. Claro, yo enseguida me despierto, y luego me doy cuenta...

T. Exactamente. Cuando te despiertas es posible que no te acuerdes del contenido del sueño en concreto. Cuando una persona se despierta de repente, su mente, su cerebro es como si hiciera un esfuerzo por apresar lo que en ese momento está pasando, pero algunos sueños los recordamos y otros no.

- P. Lo que ocurre es que cuando tengo una pesadilla, enseguida me despierto toda sudada, pero suelo recordar el contenido de la pesadilla y por eso no me asusto tanto. Sé que mis palpitaciones son por la pesadilla. Sobre todo me asusto cuando no soy consciente de ningún estímulo que pueda explicar las sensaciones que tengo.
- T. Imagínate el caso de una pesadilla en la que tú te despiertas sobresaltada y no la recuerdas. Te encuentras en medio de la noche, en la oscuridad, con una serie de sensaciones muy intensas, sudores, palpitaciones, que no sabes a qué se deben, no hay ningún otro estímulo que te distraiga, por lo que permaneces atenta a tus sensaciones, piensas que son síntomas de algo terrible que va a ocurrirte y se inicia el círculo vicioso del pánico. Y todo este proceso es muy rápido.

4. El paciente no entiende por qué ya se despierta con ansiedad por las mañanas si todavía no le ha pasado nada, no ha habido ningún estímulo desencadenante

- P. No entiendo qué estímulo desencadenante pueda haber cuando me despierto con ansiedad por las mañanas. A veces me siento muy mal cuando me levanto de la cama.
- T. ¿Quieres decir que hay mañanas que te levantas sin que te haya ocurrido nada y comienzas a tener ansiedad?
- P. Claro, no sé cómo puedo controlar esas situaciones, porque yo me levanto y ya me siento fatal.
- T. Cuando te despiertas, ya estás mal o la ansiedad te suele venir a los pocos minutos.
- P. Normalmente me voy poniendo ansiosa en apenas diez minutos.
- T. ¿Y qué sueles hacer antes de levantarte de la cama, desde que te despiertas?
- P. Suelo planificar el día.
- T. Intenta pensar si antes de levantarte dedicas un tiempo a pensar en los posibles problemas a los que te tienes que enfrentar a lo largo del día. Eso podría hacerte sentir agobiada, por ejemplo, al pensar que vas tener una entrevista.
- P. Sí, es verdad, yo soy muy exagerada. Me suelo levantar pensando en lo que tengo que hacer y siempre pienso que voy a tener dificultades... pero sin embargo otras veces no pienso nada y ya me siento mal cuando me despierto.
- T. Me parece muy interesante lo que me estás diciendo. Como puedes ver, en algunos casos la ansiedad se podría explicar por los pensamientos anticipadores que tú tienes nada más despertarte. En otros casos, pueden haber otras explicaciones. De todos modos, me gustaría que, desde ahora, registres en tu diario de pánico qué estás pensando las mañanas en que te encuentras con ansiedad.
- P. Bien, pero ¿qué ocurre cuando no creo pensar nada antes de ponerme ansiosa?
- T. Bien, como te he dicho pueden haber otras explicaciones. Por ejemplo, cuando te levantas ¿cuántas horas hace que has comido por última vez?
- P. Unas ocho horas.
- T. Bien, está demostrado que un bajo nivel de glucosa en la sangre (que es realmente lo que se tiene cuando hace tantas horas que no has comido) da origen a una serie de sensaciones corporales que, a veces, son difíciles de saber a qué se deben. ¿Crees que existe alguna posibilidad de que tú por las mañanas sientas esa sensación de desmayo, de debilidad?
- P. Sí, el médico me ha recomendado alguna vez que coma más a menudo y que las cenas no las haga tan ligeras, porque me mareo muchísimo. Yo interpreto la sensación de mareo como que me siento muy mal.
- T. No sé, podría ser, sobre eso quiero que tú reflexiones, piensa si realmente podría ser una

de las causas de tus sensaciones al despertarte. Podría haber otros factores. Por ejemplo, ¿nunca te ha pasado al levantarte de una silla y sentir un mareo?

- P. Sí, claro, muchas veces.
- T. Bien, pues este fenómeno es lo que se llama hipotensión postural, una bajada de presión arterial debida a un cambio postural brusco. Un efecto similar se produce en algunas personas cuando después de estar una serie de horas descansando, de repente inician una actividad brusca.
- P. La verdad es que cuando decidí levantarme lo hago rápidamente y voy como una moja preparándolo todo para mi hijo y para irnos a trabajar.
- T. Bien, pues ahí tienes otro posible factor desencadenante de tus sensaciones por la mañana.
- P. Por eso, los fines de semana, cuando me levanto con más tranquilidad, me encuentro mejor. Lo de la glucosa, desde luego, me ha pasado toda la vida pero no sabía que eso pudiera estar influyendo en lo del pánico.
- T. Me parece importante que entiendas todo esto porque en los ataques de pánico siempre hay un estímulo desencadenante, pero no siempre es fácil descubrirlo.

5. El paciente no entiende por qué le sobreviene una intensa ansiedad o incluso un ataque de pánico cuando intenta relajarse

- P. ¿Y cómo se explica que tenga ansiedad cuando me estoy relajando?
- T. Bien, vamos a intentar explicar eso, ¿qué ocurre en tu cuerpo cuando intentas relajarte?, ¿qué sensaciones tienes?
- P. Muy extrañas, al principio muy bien, pero llega un momento en que empiezo a sentirme muy extraña, como si el cuerpo no fuera mío.
- T. ¿Como si tú te desligaras de tu cuerpo?
- P. Sí, sí.
- T. Es curioso porque observando los registros he podido observar que una de las cosas que más te preocupa es que tú puedas perder el control sobre ti misma.
- P. Sí, claro.
- T. Bien, pues este es un fenómeno que le ocurre a mucha gente. Cuando una persona tiene un nivel elevado de ansiedad, una ansiedad generalizada a muchas situaciones, los músculos de alguna manera se habitúan a estar tensos ante cualquier tipo de situación. Cuando te estás relajando, los músculos empiezan a aflojarse, empiezas a experimentar sensaciones que son absolutamente normales, pero precisamente por la extrañeza que te causan esas sensaciones, puedes interpretaras como amenazantes.
- P. Entonces, ¿cuando más extraña me siento, más relajada estoy?
- T. ¿Cuando más extraña te sientas tú? Posiblemente es entonces cuando comienzas a relajar los músculos. El problema de las sensaciones, como hemos visto en los ejemplos y en el modelo del pánico, no es que por sí sean buenas o malas, sino que sean habituales, familiares o extrañas. Entonces una sensación que tú habitualmente no tienes puedes percibirla como algo amenazante e inmediatamente interpretarla como algo malo. ¿Te acuerdas del modelo de pánico que analizamos el otro día?, siempre había un estímulo desencadenante, una amenaza percibida y, dependiendo de la interpretación que tú le das a cada sensación, se va a generar un malestar psicológico o no. ¿Es posible que esto te ocurra?, ¿ves alguna relación entre esto y que en los registros se vea el miedo que tú tienes a perder el control de ti misma, como algo muy importante en tus crisis?
- P. Sí, la verdad es que nunca lo había visto así. Igual me equivoqué pero lo que tú tratas

de decirme es que cuando trato de relajarme lo que me sucede es completamente normal, pero como tengo sensaciones que no son habituales pienso que estoy extraña y tengo miedo a perder el control y eso mismo es lo que me pasa en los ataques de pánico.

6. El paciente entiende el círculo vicioso del pánico, pero manifiesta no darse cuenta de todo ese proceso en las crisis.

- P. Lo que ocurre es que todo esto que me cuentas yo lo entiendo, pero yo no soy consciente de que esto ocurra cuando tengo una crisis.
- T. Claro, es muy normal que tú no te des cuenta de lo que te está ocurriendo porque estás lo suficientemente preocupada por tus sensaciones corporales como para que centres tu atención en todo el proceso. Además, dime, ¿cuánto tiempo suele pasar desde que comienzas a sentirte mal hasta que llega el momento del pánico?
- P. Muy poco, a veces apenas unos segundos.
- T. Efectivamente, los ataques de pánico no suelen durar más de diez minutos, pero algunos son increíblemente rápidos y es muy difícil que tú puedas detectar todo este proceso.
- P. ¿Entonces?
- T. Ahora te resulta muy difícil, pero a medida que vayas cumplimentando los registros te acostumbrarás a analizar de un modo más racional lo que te ocurre en las crisis, y entonces, poco a poco, comenzarás a darte cuenta. De todos modos, también quiero decirte que el modelo del que te he hablado es una representación esquemática de un ataque de pánico. No significa que tú comiences a percibir un estímulo desencadenante, entonces notas que tienes miedo y digas «voy a hiperventilar», entonces te das cuenta de que tienes algunas sensaciones como taquicardia y piensas «me va a dar un infarto». Esta secuencia se produce, pero puede que de repente, lo primero que tú percibas sea tus propias sensaciones y después puedas reconstruir todo el proceso que te ha llevado ahí. Aprender a identificar el proceso es importante porque a partir de ahí, puedes aprender a intervenir en él.
- P. Sí, la verdad es que el modelo representa exactamente lo que a mí me ocurre y me era difícil explicar. No sabes el alivio que supone que alguien te entienda. Lo que no sé es si alguna vez podré darme cuenta de todo el proceso como quien mira una película.
- T. Llegarás a poder notar cómo te ocurre la crisis, pero como quien es protagonista de la película.
- P. Eso es lo malo.

Para finalizar sólo queremos volver a insistir en la importancia que tiene para el desarrollo de la terapia que el paciente y el terapeuta compartan una misma explicación del problema que se está tratando. Para ello, el terapeuta tiene que estar dispuesto no sólo a explicar y aclarar todas las dudas del paciente con un *feedback* continuado para asegurar el seguimiento de la explicación, sino que también tiene que mostrar una buena disposición, o estar totalmente abierto, a los modelos explicativos que el propio paciente ha desarrollado para entender su sufrimiento, aunando en la medida de lo posible ambas visiones, la del terapeuta y la del paciente.

Capítulo 5

La discusión cognitiva de los pensamientos catastróficos

Sin duda, el principal componente o ingrediente de nuestro programa de tratamiento del TP es el de la discusión cognitiva. Como hemos indicado anteriormente, desde el modelo cognitivo del TP se postula que el factor central que acaba precipitando el ataque de pánico no es el conjunto de sensaciones corporales intensas y desagradables que la persona siente, sino más bien la interpretación catastrófica que el paciente hace de tales sensaciones. Son pensamientos negativos del estilo de «voy a morir», «voy a sufrir un infarto», «me estoy asfixiando», «va a ocurrirme un ataque cerebral», «voy a perder el control», «estoy enloqueciendo» o «me voy a desmayar». Estas cogniciones catastróficas son las más frecuentes, pero no las únicas. En ocasiones, como suele suceder en una fase avanzada del tratamiento, el paciente afirma no temer que le pueda ocurrir algo terrible como la muerte, pero sí un ataque de pánico, de modo que el miedo al propio miedo se convierte en el principal factor precipitante de algunas crisis. Otras veces, especialmente cuando el sujeto se encuentra en una situación social, aparecen cogniciones del tipo de «se van a dar cuenta», «voy a hacer el cuadro», «me entrento al ridículo»... que también intensifican la ansiedad y facilitan que se produzca la crisis.

Si bien tradicionalmente se afirma desde el modelo cognitivo del pánico que son las cogniciones en sí mismas las que llevan, en último término, al pánico, queremos matizar que en un estudio realizado por nuestro equipo hemos podido comprobar que exactamente no son el tipo ni el número de cogniciones lo que diferenciaría un afrontamiento con crisis de un afrontamiento sin crisis, sino más bien otros factores como el grado de creencia que la persona mantiene acerca de ese pensamiento (Borella y Ballester, 1993). De hecho, en la mayoría de afrontamientos que realizan los pacientes con pánico piensan que les puede suceder algo terrible, pero sólo en unos pocos el grado de creencia es tan fuerte o tan alto que lleva a la casi plena seguridad de que la consecuencia temida va a producirse y con ella, al pánico. Fenomenológicamente, los pacientes lo expresan muy bien cuando dicen: «En ese momento, no es que tuviera miedo a morir como quien tiene miedo de algo verdadero; es que sentía que me estaba muriendo, ya estaba ocurriendo».

Desde nuestro punto de vista, la importancia de las cogniciones del paciente acerca de

sus sensaciones es tal que obliga a centrar una buena parte del tratamiento en el reto de esos pensamientos catastróficos o negativos. El estilo en que se realiza la discusión cognitiva debe acercarse mucho al denominado «empirismo colaborador», a través del cual, paciente y terapeuta trabajan juntos en la búsqueda de evidencias o de pruebas que existen para mantener determinada creencia. Desde este punto de vista, la discusión cognitiva es una técnica que, aunque se aplica en el presente, se alimenta del pasado y del futuro, en el sentido de que debe aprovechar la información que proviene de la experiencia pasada de la persona y, al mismo tiempo, puede apoyarse en la realización de experimentos comportamentales, prescritos como tareas, en los que el paciente somete a prueba sus propias hipótesis. Por otra parte, es muy frecuente que, a lo largo de las discusiones cognitivas, el paciente pida al terapeuta una continua tranquilización respecto a sus temores principales, renovación en la que no debe caer el terapeuta, que tiene que remitir al paciente a su propia racionalidad y a su propio análisis de los hechos.

Hay algunos indicios que nos pueden ayudar a saber si estamos realizando adecuadamente el reto de los pensamientos negativos. Así, en una buena discusión cognitiva el terapeuta formula más preguntas que respuestas, haciendo en muchas ocasiones de espejo en que se reflejan las dudas del paciente. El terapeuta se convierte más en un guía o un bastón en que el paciente puede apoyarse para encontrar las respuestas a sus preguntas, que en una persona con poderes para asegurarle su supervivencia. Es el paciente el que debe demostrar o justificar sus creencias y no el terapeuta, por lo que éste no debe adoptar una actitud de proselitismo respecto a la interpretación racional de las sensaciones corporales. El terapeuta nunca dirá de una idea que es absurda, pero facilitará que el paciente llegue a afirmarlo por sí mismo, haciendo, al mismo tiempo, que éste no se sienta un tonto por pensar de ese modo. Hay que hacer ver al paciente que todos tenemos pensamientos irracionales que nos perjudican, el terapeuta no es una excepción, pero desde la distancia y la experiencia que le confiere su profesionalidad puede ayudarle a ver la parte irracional de sus creencias. Por lo demás, todas las creencias se apoyan en una base, más o menos validada en la experiencia. Por último, no existe un tiempo o una duración prefijada para una discusión cognitiva. Hay que tener en cuenta que, si bien ésta es una técnica aplicada puntualmente para el análisis racional de una creencia, dentro de lo que sería el proceso más global de reestructuración cognitiva, su duración puede oscilar entre unos minutos y varias horas o sesiones. Ello dependerá de la capacidad de análisis de la persona, del grado de firmeza con el que mantiene la creencia y del tipo de experiencias o experimentos comportamentales en que el terapeuta planifique basar parte de la discusión. Nunca se debe tener prisa por acabar una discusión cognitiva poniendo en boca del paciente lo que debería salir de él mismo. Una discusión cognitiva es lo más alejado que existe de una clase magistral. Es importante estar muy atento al proceso de *insight* que se da, recuérdese, en cada paciente a un ritmo distinto.

En cuanto a los pasos para el reto de los pensamientos catastróficos, a continuación mostramos la secuencia que se puede seguir:

1. Definición del pensamiento negativo: «¿Qué me preocupa? ¿Qué temo? ¿Qué creo que puede sucederme?»

Como es habitual en otros procedimientos cognitivo-comportamentales como el entrenamiento en solución de problemas, el primer paso para combatir un pensamiento negativo

es identificarlo y definirlo. No siempre resulta fácil para el paciente llegar a saber exactamente qué es lo que piensa en el momento de la crisis. En ocasiones, el pensamiento apenas está formulado en términos verbales y la persona dice tener la sensación de que le va a pasar algo malo. Sin embargo, identificar el contenido concreto del pensamiento, traducir ese algo indefinido en una amenaza concreta ayuda sobremanera, en primer lugar, a que el paciente tenga la sensación de control de que sus emociones son provocadas por pensamientos concretos y, en segundo lugar, es una condición *sine qua non* para poder poner a prueba esa creencia y modificarla. Identificar el pensamiento catastrófico es el primer ejercicio de racionalización de las reacciones emocionales que se le pide al paciente y, por otra parte, constituye una habilidad en la que, si bien inicialmente aparecen diferencias individuales en función del grado de introspección del paciente, llega a producirse un entrenamiento conforme avanza la terapia y la persona se habitúa a registrar sus pensamientos en los registros diarios.

Aun así, en ocasiones, al paciente le resulta muy difícil identificar qué estaba pasando por su mente en el momento de la crisis. Quizás éste se encontraba demasiado pendiente de sus sensaciones corporales como para prestar atención a sus pensamientos. En estos casos, puede ayudar pedirle al paciente que cierre los ojos e imagine lo más vívidamente posible la situación en que ocurrió el ataque de pánico con todo lujo de detalle. En ocasiones, esta técnica es suficiente para que los pensamientos afloren. Si no es así, tampoco hay que obsesionarse por hallar los pensamientos implicados en todas y cada una de las crisis. A lo largo de la terapia se dan muchas ocasiones para identificar estas cogniciones y su capacidad de influir en el estado emocional de la persona. Lo que sí es importante, para facilitar el desarrollo de la discusión cognitiva, es que el pensamiento catastrófico identificado se formule en unos términos que incluyan el contenido de la amenaza percibida y no en términos abiertos o indefinidos. Por ejemplo, sería una buena formulación la siguiente: «Voy a sufrir un infarto», y una mala formulación «Me preocupaba mi salud», o «Tenía miedo de que me pasara algo». Tampoco es aconsejable, para facilitar el reto de los pensamientos negativos, expresar un pensamiento que incluya varias amenazas, como por ejemplo, «Pensaba que iba a volverme loco y a desmayarme», ya que este tipo de expresiones obligaría a llevar a cabo la discusión cognitiva a dos bandas o de forma paralela, aumentando la probabilidad de que el análisis de cada temor no fuera exhaustivo o se volviera confuso.

2. Análisis de las evidencias a favor y en contra del contenido del pensamiento: «¿Qué pruebas tengo de que lo que temo vaya a ocurrir? ¿Y en contra?»

Una vez identificado el pensamiento catastrófico y conocido el grado de creencia en este pensamiento así como el grado de ansiedad que produce, nos encontramos ante la primera gran estrategia o trinchera para combatir esta cognición, el análisis de las evidencias que la sustentan y la exploración de cualquier otra información que pudiera ir en contra de que lo que se teme pueda ocurrir con cierta facilidad. Lo primero que hay que hacer ver al paciente es que todos tenemos nuestras razones para pensar ciertas cosas. Por ejemplo, si a una persona siempre le han gustado los perros, los ha acariciado y un determinado día, al tocar a un perro por la calle, éste le muerde, es muy comprensible que decida no volver a acariciar a un perro que no conoce, que olvide a todos los perros que le han tratado bien y empiece a pensar que, en general, los perros son traidores y peligrosos. Esto sería com-

previsible, pero al mismo tiempo constituiría un error lógico, ya que el hecho de que un perro le haya mordido no significa que todos le vayan a morder y, de hecho, ese ha sido el único perro que le ha mordido de todos cuantos ha acariciado en su vida. Todos cometemos infinidad de errores lógicos o de razonamientos similares a éste. A veces, hacemos generalizaciones a partir de un hecho particular, o seleccionamos únicamente una parte de la realidad para apoyar nuestras creencias.

Lo que se pretende con este punto de la discusión cognitiva es asegurarnos de que no esté ocurriendo un error de este tipo. Para ello, hay que empezar pidiendo al paciente que informe de todas las razones o argumentos que le han llevado a interpretar de modo catastrófico (infarto, asfixia, desmayo...) sus sensaciones corporales. Habitualmente, los pacientes argumentan sus temores estableciendo un vínculo causal entre una sensación corporal y una posible consecuencia. Por ejemplo, no es extraño que digan «Pensé que podía morir asfixiado porque me faltaba el aire» o «Pensé que iba a desmayarme porque me encontraba mareada». En ocasiones, hay que reconocer que no es una sensación única sino un conjunto de sensaciones, malévolamente asociadas, las que recuerdan al paciente un posible desastre: «¿Qué hubieras pensado tú si el corazón te fuese a mal por hora, notarías el pulso en tu cuello, sintieras una opresión terrible en el pecho y el brazo izquierdo se te entumecía? ¿Entiendes por qué pensé en el infarto?».

Como se puede apreciar, la interpretación catastrófica de los pacientes parte de un error lógico, que ha sido desarrollado a partir de una información errónea o sesgada de alguna experiencia pasada. Su formulación aproximada sería: «Yo sé que todo el mundo que padece un infarto siente dolor en el pecho, porque a fulanito le ocurrió (primer error de generalización). En ese momento y sin ninguna razón (segundo error por no ser consciente de la causa real de sus sensaciones), yo sentí una punzada en el pecho. Por lo tanto, pensé que yo también iba a tener un infarto (tercer error por inferencia arbitraria)». El paciente no cae en la cuenta de que, aunque fuera cierto que todos los que tienen un infarto sientan dolor en el pecho, eso no significa que todos los que tengan dolor en el pecho están sufriendo un infarto. Del mismo modo en que el hecho de que todos los hombres sean mortales no significa que todos los seres mortales tengan que ser hombres.

Resulta fácil iniciar la discusión cognitiva haciendo caer al paciente en el error lógico que ha cometido. Para ello, primero hay que reforzarle por las razones que arguye para defender su interpretación catastrófica, aseguramos de que no tiene más razones que las dadas. Para esto último, ayuda el pedirle que piense cómo intentaría justificar a alguien que no hubiera oído hablar del TP el porqué de sus pensamientos. Entonces, se le propone al paciente hacer un ejercicio que no solemos hacer cotidianamente y es pensar si podría haber algún dato o algún hecho que nos pudiera hacer dudar de que lo que pensamos es cierto. Por ejemplo, se le puede decir: «Muy bien, veo que tú relacionas el tener taquicardia con el infarto y, tanto es así, que cuando sientes la taquicardia crees que necesariamente se va a producir el ataque cardíaco. Me gustaría saber por qué has establecido esa relación. (Tras cada pregunta, el terapeuta debe dejar un tiempo para que el paciente reflexione.) ¿Tuviste finalmente un infarto en la última crisis? ¿Lo has tenido alguna vez? ¿Conoces a alguien que haya tenido un infarto durante una crisis de angustia? ¿Lo has leído en algún sitio? ¿Es idéntica tu situación médica y tu organismo del de la persona que, según dices, tuvo un infarto y le dolía el pecho? ¿Sabes si, además, tuvo otros síntomas que tú no tuviste?». El terapeuta puede seguir colaborando con el paciente formulándole otras preguntas como: «¿Por otra parte, alguna vez te ha ocurrido que has sentido esa sensación y había sido provocada por otra causa? ¿Qué ocurre cuando corres? ¿También sientes taquicardia? ¿Tienes

un ataque cardíaco cada vez que corres? ¿Sigues pensando entonces que taquicardia es sinónimo de infarto?». En este apartado de la discusión cognitiva podría estar indicada la realización de un experimento conductual que provocase las sensaciones temidas como, por ejemplo, correr por las escaleras.

El esfuerzo cognitivo que supone para el paciente dar respuesta a todas estas preguntas va permeabilizando su creencia acerca de la consecuencia catastrófica y de la necesaria relación entre ésta y la sensación corporal que la motivó. Una vez se ha agotado la búsqueda de evidencias a favor y en contra del pensamiento negativo, el terapeuta hace un primer resumen de lo hablado hasta el momento y se asegura de que el paciente ha comprendido el proceso que ha tenido lugar.

3. Análisis de probabilidades: «¿Qué probabilidad hay, entonces, de que lo que temo pueda ocurrir?»

Aunque racionalmente tenemos muy claro que no podemos estar seguros de nada, ni siquiera de que el sol seguirá saliendo al día siguiente, a menudo solemos tener reacciones emocionales que sólo se justificarían si tuviéramos la certeza de que algo malo va a suceder. Este fenómeno también se da en el pánico. La persona que sufre un ataque de pánico suele tener la total certeza, en el momento de la crisis, de que va a morir o desfallecer. Si hemos aplicado adecuadamente el anterior paso de la discusión cognitiva, es de suponer que el grado de creencia acerca de que la consecuencia temida va a producirse será menor. Por ello, se le pide al paciente que, dado que ha observado una serie de razones que irían a favor pero también otras en contra de la veracidad de su pensamiento, estime en una escala de 0 a 100 el grado de firmeza con el que mantiene su creencia o el grado de certeza que considera tiene ahora respecto al pensamiento negativo. Lo importante, en este paso de la secuencia, no es tanto lograr que la intensidad de la creencia haya disminuido mucho, como que aparezca un lugar para la duda, es decir, que el paciente comience a cuestionarse la certeza de su anticipación, creando una especie de cuña que, con el tiempo y la evidencia, irá creciendo y por la que acabará desmoronándose el pensamiento negativo. Por lo tanto, tras la estimación del paciente, el terapeuta hace mención y enfatiza el porcentaje o la probabilidad estimada por el paciente acerca de que se esté equivocando al temer lo peor.

Algunos pacientes en este punto pueden argumentar que, si bien pueden estar equivocándose al creer que les está sucediendo algo realmente grave, también cabe la posibilidad de que estén en lo cierto y hacen una especie de petición encubierta al terapeuta de que les garantice totalmente que eso (infarto, asfixia, ataque cerebral, desmayo...) no les va a ocurrir. Cuando esto ocurre, el terapeuta no debe ocultar al paciente que tiene toda la razón al pensar que alguna vez le puede suceder lo que teme. La cuestión es si la probabilidad de que le pueda ocurrir es suficientemente alta como para que se justifique mantener niveles tan altos de preocupación y ansiedad que le interfieren en todos los ámbitos de su vida. Con la misma rotundidad, el terapeuta debe afirmar que él no puede garantizar al paciente que nunca le ocurrirá esto, realmente vivir supone y conlleva aceptar ciertos riesgos como enfermarse, accidentarse o morir, pero, lo que es seguro es que la ansiedad es algo independiente de estos riesgos y, en el momento del ataque de pánico, la probabilidad de que ocurra cualquiera de estas cosas es exactamente igual (e incluso menor en el caso del desmayo) a la que hay en cualquier otro momento. También se puede hacer uso de algún ejemplo

como el siguiente: «Cuando sales de casa no estás totalmente seguro de que no te vaya a caer una maceta de algún balcón en la cabeza, pero aun así sales, porque consideras que la probabilidad es suficientemente baja como para arriesgarte y no recluirte dentro de cuatro paredes. Sin embargo, el riesgo sigue existiendo. Eso es vivir».

4. Interpretaciones alternativas: «¿Existen, por tanto, otras explicaciones alternativas a lo que me está sucediendo?»

Ineludiblemente, si el paciente reconoce que existe una cierta probabilidad de que se esté equivocando al pensar como lo hace, debe de haber alguna otra razón alternativa que explique por qué se sentía de aquel modo. Es lo que denominamos, específicamente, la reatribución de las sensaciones corporales. En el momento del programa en que el paciente aprende a retar los pensamientos negativos, ya ha tenido oportunidad de obtener información acerca de la ansiedad y sus manifestaciones y, además, ha podido comprobar los efectos de la hiperventilación. Por ello, en la mayoría de los casos, cuando las sensaciones que atormentaron al paciente eran manifestaciones de la propia ansiedad resulta útil referirse a los efectos de la hiperventilación. Al recordar que sus efectos fueron similares a las sensaciones que está describiendo, el paciente descubre la posibilidad de atribuir la causa de lo que le pasaba a la hiperventilación o la ansiedad y no a un tumor en su cerebro o algo por el estilo. Además, en muchas ocasiones, el paciente puede descubrir que las sensaciones han comenzado cuando estaba nervioso y que al distraerse o relajarse, éstas disminuyen, lo cual puede ser enfatizado por el terapeuta como una prueba de que se trataba de una manifestación de ansiedad. En otros casos, las sensaciones iniciales que describe el paciente pueden estar relacionadas con otros procesos desencadenantes como la hipoglucemia, la disminución de la presión arterial, la intoxicación por cafeína, cambios hormonales o un simple cambio de postura.

En definitiva, la reatribución de las sensaciones corporales pretende restablecer una conducta de enfermedad normal, en la que la persona aprenda a responder de un modo racional ante cualquier tipo de sensación corporal que considere indicadora de una patología, ya sea orgánica o psicológica y emprender el tipo de acción que sea oportuna, en cada caso, para aliviar su malestar.

5. Desdramatización o decatastrofización: «¿Qué sería lo peor que podría sucederme si lo que temo fuera cierto? ¿Sería tan horrible?»

El segundo gran paso en la secuencia para combatir los pensamientos negativos es la desdramatización. Hasta el momento, habíamos intentado que el paciente hiciera un esfuerzo por examinar toda la información que proviene de su experiencia pasada y de experimentos comportamentales que puedan diseñarse para poner a prueba la cognición catastrófica. Normalmente, tras este proceso, el paciente llega a la conclusión de que existe una baja probabilidad de que pueda ocurrirle lo que tanto teme en un ataque de pánico. Entonces le planteamos que se imagine que todo lo que hemos hablado hasta el momento es falso, y que tenía razón al pensar que con toda seguridad le va a ocurrir algo como desmayarse. A menudo, nos pasamos la vida anticipando y temiendo cosas que realmente, si sucedieran, no serían tan terribles. Por ejemplo, nos angustiamos por la posibilidad de que-

darnos sin trabajo y pensamos que eso es lo peor que nos puede ocurrir. Pero verdaderamente, si eso sucediera, podríamos seguir comiendo con el dinero que tenemos ahorrado durante bastante tiempo y cuando el dinero se acabara tendríamos a algún familiar, amigo o vecino que nos daría de comer. A veces, basta tener un problema mayor, como es un grave problema de salud, para darnos cuenta de que lo que nos tenía angustiados (el trabajo en este caso) no era tan importante. Traslademos esto al tema que nos ocupa. Un paciente con pánico puede angustiarse muchísimo pensando que en una crisis puede desmayarse. El temor a desmayarse suele ser una mezcla de miedo al daño físico de caerse en un mal lugar y golpearse y miedo social o miedo al ridículo. Por ello le planteamos lo siguiente: «(Imagínese que es cierto que puede desmayarse en una crisis (aunque usted sabe que no es posible) y que un día se desmaya. ¿Qué ocurriría? Probablemente alguien le sentaría en una silla, le haría aire o le echaría agua en la cara. ¿Qué más podría ocurrirle? Algún transeúnte podría robarle la cartera. ¿Algo más?». Entonces le pedimos al paciente que nos sitúe, en una escala de 0 a 100, cuán horrible cree que sería esa experiencia. Nuestra tendencia a catastrofizar los hechos suele llevar a los pacientes a decir que sería muy, muy horrible, un 95 o 100 % de horrible. Al escuchar la respuesta, el terapeuta diría: «Bueno, veo que para usted eso sería algo muy desagradable. ¿Cómo me situaría en la misma escala si usted llegara a casa y estuviera toda su familia asesinada? ¿Y si le diagnosticaran una enfermedad mortal». El terapeuta hace varias preguntas de este estilo al paciente y éste se ve obligado a volver a valorar de nuevo lo horrible que sería desmayarse, hasta que lo sitúa como una experiencia que preferiría no tener, aunque no sea lo peor que le pudiera suceder.

La decatastrofización es un paso dentro de la secuencia de reto de los pensamientos catastróficos que resulta especialmente útil para combatir el miedo al desmayo, el miedo a tener un ataque de pánico, el miedo a perder el control y gritar o, en general, el miedo a hacer el ridículo asociado a las crisis. Ni que decir tiene que este paso ha de aplicarse con cierto cuidado cuando la cognición consiste en una amenaza que, de producirse, pondría en peligro la vida de la persona, como por ejemplo, el miedo a un infarto, a la asfixia, a un ataque cerebral o a la locura. No se le puede decir a un paciente: «Bueno, y si te da un infarto ¿qué?». Aunque es evidente que no todos los infartos son mortales, resultan lo suficientemente amenazantes como para centrar la estrategia ante estas cogniciones en el análisis de evidencias a favor y en contra de ese pensamiento y el cálculo de probabilidades. El paciente debe entender que el vivir conlleva asumir ciertos riesgos, como la enfermedad a la muerte. La cuestión es si merece la pena estar tanto tiempo preocupado y angustiado por algo tan poco probable.

6. Utilidad del pensamiento: «¿Me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya a suceder, o por el contrario, sólo consigo ponerme más ansioso? ¿Me resulta útil pensar así?»

Este constituye el último punto para combatir los pensamientos catastróficos. Para comenzar su aplicación, el terapeuta hace un pequeño resumen de lo avanzado hasta el momento. Le hace ver al paciente que, por lo que parece, nos encontramos ante una idea o pensamiento negativo que no tiene demasiadas probabilidades de ser cierto; de que pueda ocurrir y, además, en el caso de que ocurriese, no sería tan horrible como se pensaba en un primer momento. Entonces, al igual que se ha comentado en el paso anterior, se pide al

paciente que se imagine que lo dicho hasta ahora es falso, existe una alta probabilidad de que ocurra lo que teme y, además, eso sería fatal para su vida. Aunque eso fuera así, ¿qué utilidad puede tener pasarse el día pensando o anticipando algo que no se puede evitar?, ¿sirve para que la consecuencia temida no se produzca? Imaginémoslo que lo que tememos es la muerte en el transcurso de una crisis. ¿Es posible evitar la muerte por más que pensemos en ella y la anticipemos? Pensar angustiosamente en la muerte, ¿nos hace estar más preparados para cuando llegue? Y sin embargo, ¿tiene alguna consecuencia negativa anticipar continuamente ese pensamiento? ¿Nos hace encontrarnos mejor o nos pone más ansiosos? La respuesta a todas estas preguntas es obvia. El paciente llega a la conclusión de que los pensamientos catastróficos, lejos de tener alguna utilidad, sólo sirven para interferir en su funcionamiento cotidiano y facilitar que realmente se produzca un ataque de pánico.

Una vez finalizada la discusión cognitiva de una determinada cognición, el terapeuta suele hacer una pregunta que, englobando todas las anteriores, pretende ir contra la línea de fijación de la interpretación catastrófica: «Entonces, ¿qué sentido puede tener mantener una idea que: a) por un lado, existe una alta probabilidad de que sea falsa y no pueda suceder lo que temes, b) por otro lado, en el caso de que sucediera, no sería tan horrible y c) por último, pensar en ello no tiene ninguna utilidad más que contribuir a ponerte más ansioso?». «Realmente no tiene ningún sentido» es la respuesta de la mayoría de los pacientes, o simplemente muestran una expresión facial que refleja caer en la cuenta de lo absurdo que resulta mantener esa creencia.

Hasta aquí hemos relatado en qué consiste formalmente el reto de los pensamientos catastróficos en general. Sin embargo, la discusión cognitiva puede apoyarse en distintos argumentos, según nos encontremos ante una cognición u otra. Veamos a continuación alguna información relevante para la discusión de las principales cogniciones catastróficas:

• Miedo a padecer un infarto o ataque cardíaco

Los pacientes que presentan como cognición catastrófica la posibilidad de sufrir un infarto o ataque cardíaco en sus crisis, suelen basar su creencia en una confluencia determinada de sensaciones corporales, que incluye, sobre todo, palpitaciones o taquicardia, opresión o dolor de pecho y sensación de entumecimiento en el brazo izquierdo. En la discusión cognitiva de este pensamiento, se puede recurrir a múltiples argumentos como por ejemplo, el hecho de que las palpitaciones o taquicardias están presentes siempre que una persona hace un esfuerzo físico, o presenta una emoción intensa ya sea positiva o negativa y, no por ello, la persona tiene un ataque cardíaco. Para reproducir esta sensación es fácil realizar cualquier experimento conductual que suponga un esfuerzo físico, como subir o bajar escaleras, hacer flexiones o dar saltos haciendo ver, posteriormente, al paciente que taquicardia no es sinónimo de infarto sino de actividad. La opresión de pecho es fácilmente explicable por la tensión que se produce en los músculos intercostales como resultado de la hiperventilación. Se puede apelar en la discusión cognitiva a las sensaciones que el paciente experimentó durante la prueba de hiperventilación. Más complicado resulta explicar la sensación de entumecimiento en el brazo izquierdo. Realmente, ésta es una sensación que se produce en la mayoría de pacientes que presentan temor al infarto. Tal es la prevalencia, que nosotros hemos preguntado a distintos especialistas en cardiología si existe alguna explicación médica acerca de que se produzca esta sensación en personas sin problemas cardíacos y parece que no la hay. Como mucho, la opresión de pecho podría

irradiarse hasta la zona próxima a los hombros pero nada más. Sin embargo, si tenemos en cuenta que todos los pacientes que hemos tenido con esta sensación habían oído hablar de infartos en los que ésta estaba incluida en el cuadro de síntomas que presentaba el infartado, podemos inferir una explicación alternativa: aunque desde el punto de vista fisiológico no haya motivos para que el entumecimiento o dolor aparezca en el brazo izquierdo, el conocimiento previo del paciente puede hacer que éste centre o focalice mucho más su atención en esta zona de su cuerpo con manipulaciones constantes del brazo, intentando completar un determinado cuadro médico, precisamente por el temor que le produciría tenerlo. Esta posibilidad no debe extrañarnos si tenemos en cuenta todos los estudios transculturales, sobre la conducta de enfermedad de los pacientes, que demuestran cómo los valores culturales y el conocimiento previo que el paciente tiene de una enfermedad determinan, en muchas ocasiones, el patrón de expresión de síntomas de las personas.

Existen muchos ejemplos que se le pueden poner al paciente para que entienda esta explicación. Así, es frecuente que cada vez que en los medios de comunicación se anuncia una enfermedad, que cursa con determinados síntomas, se produzca una avalancha de pacientes en las consultas médicas que aseguran tener exactamente el mismo cuadro médico. Incluso, se podría hacer un experimento comportamental en el que el terapeuta, de manera disimulada, informa al paciente de los síntomas de una determinada enfermedad durante la sesión y, en la siguiente, pregunta al paciente si ha sentido alguno de esos síntomas. La probabilidad de que la respuesta sea afirmativa es alta. Nosotros lo hicimos en una ocasión explicando al paciente algunos de los primeros síntomas que tenía una persona cuando había estado en contacto con el VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida). Incluso le enseñamos algunas fotografías de pacientes con SIDA avanzado para sensibilizarle. En ningún momento relacionamos el SIDA con lo que le estaba sucediendo al paciente. Hablamos del tema de modo pasajero, a raíz de una revista que el terapeuta tenía sobre la mesa. Cuando nos entrevistamos con el paciente la siguiente sesión le preguntamos medio bromeando por sensaciones nuevas durante la semana que hubieran que ver con el SIDA. La respuesta del paciente fue: «Pues no te creas, si no fuera porque sé que no he realizado ninguna práctica de riesgo, no lo tendría muy claro». Este pequeño incidente nos permitió realizar una interesante discusión cognitiva con el paciente respecto a la importancia de la autoatención y el temor a determinadas sensaciones y su influencia a la hora de percibir e interpretar signos corporales que son totalmente normales.

Otras variables que se pueden manejar en el proceso de análisis de probabilidades de que el temor al infarto sea razonable son: la edad de la persona, su sexo (son mucho menos frecuentes en mujeres), su sedentarismo, tipo de alimentación, problemas cardíacos y antecedentes familiares.

También es importante recordar que en la discusión cognitiva del miedo al infarto, el paso de la decatastrofización resulta poco útil, ya que el infarto es considerado una amenaza para la supervivencia de la persona, si bien hay que hacer ver al paciente que un infarto no significa siempre la muerte.

Algunos pacientes, una vez convencidos de que es poco probable que sufran un infarto en sus crisis, afirman con seguridad que muchos años con crisis de angustia frecuentes y un alto grado de ansiedad continuada tienen que dejar a medio o largo plazo una huella en el corazón y facilitar los accidentes cardiovasculares. El terapeuta puede responder que, hasta el momento, no se ha evidenciado ninguna relación entre estos factores, a pesar de que ya se han realizado algunos estudios longitudinales con pacientes que llevaban muchos años sufriendo ataques de pánico. A veces, el paciente contesta con la información, oída en

los medios de comunicación, de que el estrés tiene que ver con los problemas cardíacos. Sin embargo, aun sin entrar en disquisiciones excesivamente teóricas, no resulta difícil explicarle al paciente la diferencia entre el estrés y la ansiedad desde el punto de vista fenomenológico y cómo son algunos componentes del estrés, concretamente la hostilidad, los que se están mostrando perjudiciales para la salud.

• Miedo a la asfixia

La sensación de falta de aire y el temor a morir asfixiado son, si cabe, dos de las manifestaciones más angustiosas de los ataques de pánico. Algunos pacientes informan tener la sensación clara de que necesitan respirar más y sin embargo, no pueden, es como si el aire se negase a entrar en sus pulmones. Además, en algunos casos, el miedo a la asfixia es tal que el paciente se encuentra controlando continuamente su ritmo de respiración, convirtiendo el automatismo de respirar en algo que se debe vigilar, con la consiguiente angustia que, como se puede imaginar, se deriva de esta hipervigilancia. Para combatir el miedo a la asfixia, como para las otras cogniciones más frecuentes, cabe preguntar al paciente si alguna vez se ha asfixiado en sus crisis como consecuencia de la falta de aire, a lo que, obviamente, el paciente contestará negativamente. Pero esta pregunta no es suficiente para que el paciente se cuestione la racionalidad de sus dudas, podría contestarnos: «No hasta ahora, no sé si ocurrirá la próxima vez». Por ello, en el reto de este pensamiento es importante apelar a alguna experiencia del propio paciente que le pueda ayudar a comprender que la sensación de falta de aire durante sus crisis es paradójica y que, más bien al contrario, lo que le ocurre en esos momentos es que está hiperventilando o sobre-respirando, es decir, que en sus pulmones hay más aire del necesario y, por ello, tiene la sensación de que no puede inspirar más. La prueba de la hiperventilación, que comentaremos con más detalle en un epígrafe posterior, es el mejor modo de que el paciente pueda experimentar esto por sí mismo. Al realizar esta prueba (en la que se pide al paciente que siga un ritmo rápido de respiración) sentirá, paradójicamente, falta de aire y, tras unos ejercicios en que expulsa aire, notará cómo esa sensación disminuye. La discusión cognitiva tras esta experiencia queda prácticamente servida.

Desafortunadamente, nos hemos encontrado con algún paciente que ha tenido la oportunidad de descubrir esto que decimos en algún servicio de urgencias de un hospital, en el que, tras ingresar con sensación de asfixia como síntoma principal, un enfermero le ha puesto una mascarilla de oxígeno, con el consiguiente agravamiento de las sensaciones de pánico.

• Miedo al desmayo

Algunas crisis cursan con mareos, vértigo o inestabilidad como principales sensaciones, acompañadas de otras como debilidad o visión borrosa. Al igual que comentábamos con el miedo al infarto, estas sensaciones configuran un *cluster* que hace pensar a la persona que se va a desmayar. El miedo al desmayo suele tener un doble componente. Por un lado, al paciente le preocupa perder el conocimiento, algunos llegan a pensar en algo parecido a entrar en estado de coma, otros, simplemente, asocian el desmayo con un modo de perder el control de sí mismos, y otros temen que al caer les pueda pasar algo como darse un golpe

en la cabeza o ser atropellados. Por otro lado, existe un componente de tipo social, que lleva a algunas personas a pensar que si se desmayan harán el ridículo, o montarán una escena al hacer que todo el mundo acuda y se ponga alrededor. Asociado a estos miedos está el temor a que las personas acompañantes puedan asustarse de lo que le ocurre al paciente, o el temor a dejar desvalidos y sin protección a quienes le acompañan, especialmente si se trata de niños pequeños.

La discusión cognitiva del miedo al desmayo, con frecuencia tiene que tener en cuenta todas las facetas o caras que acompañan a este temor. Sin embargo, por el contenido de la amenaza, no resulta una cognición difícil de retar, ya que existen muchos datos que pueden ayudar al paciente a comprobar la irracionalidad de tal predicción y además, es una interpretación catastrófica que permite la aplicación en profundidad de todos los pasos de la discusión, nos estamos refiriendo, concretamente, a la desdramatización. En primer lugar, le puede ayudar al paciente saber que, para que una persona se desmaye es necesario que su presión arterial disminuya y, justamente, lo que ocurre cuando una persona está ansiosa es que la presión aumenta. Por lo tanto, estar ansioso no sólo no es un predisponente sino que es una garantía de que una persona no se va a desmayar. Sólo existen dos excepciones a este hecho: la fobia a la sangre y a las heridas, cuya base fisiológica parece ser distinta a las otras reacciones de ansiedad. En estos casos, el desmayo puede ser un recurso adaptativo para desconectar la mente en situaciones en las que el dolor o sufrimiento puede ser muy intenso para la persona (piénsese en una mutilación ocurrida en un accidente de tráfico). En definitiva, por lo que respecta a la mayoría de situaciones en que la persona se siente mareada por ansiedad, la probabilidad de desmayo es casi nula. Además, es fácil reproducir la sensación de inestabilidad y debilidad haciendo que la persona se levante apenas finalizada la prueba de hiperventilación. La inestabilidad y el mareo son dos de las sensaciones más frecuentes provocadas por la hiperventilación no sólo entre los pacientes, sino también en la población general.

También hay que decir que, en el caso del mareo y el miedo al desmayo, la discusión puede hacerse más compleja de lo que estamos diciendo. Algún paciente puede asegurar que su miedo al desmayo proviene de una ocasión en que se sintió igual que en sus crisis y llegó de verdad a perder el conocimiento. Realmente, lo que sucede en tales casos es que el evento al que se refiere el paciente no consistió en sí una crisis de angustia sino una lipotimia, en la que si es posible el mareo y el consiguiente desmayo. Cuando, preocupado por algo, el paciente experimenta el mareo (esta vez mareo por ansiedad), acompañado de sensación de debilidad, cree que igualmente va a desfallecer, pero en ese momento, realmente, su presión arterial es más alta de lo habitual y, por lo tanto, el paciente está más lejos del desmayo que en una situación normal.

Por lo que respecta a la desdramatización del contenido de la cognición, en el miedo al desmayo, ésta es clara. ¿Qué es lo peor que puede sucederle a una persona si se desmaya? Absolutamente nada. ¿Llamar la atención? Quizás lo peor que puede suceder es que le mojen a uno la ropa al intentar despertarlo con agua, o que algún aprovechado le robe. Desde luego, nada tan terrible que merezca ser temido. Por supuesto, algún paciente dirá que se puede dar un golpe en la cabeza, pero el paciente convendrá fácilmente con el terapeuta que eso también le puede ocurrir por cualquier caída producida por un tropezón en la calle o en su propia casa, o porque le caiga un objeto de un balcón. Y, finalmente, si algún paciente asocia el desmayo a una situación de coma, conviene que el terapeuta le explique algunas ligeras diferencias.

• Miedo a perder el control o a enloquecer

Por último, expondremos cómo realizar la discusión cognitiva de dos de los pensamientos que, aunque no son muy frecuentes en los ataques de pánico, se vuelven muy angustiosos para los que los padecen: el miedo a perder el control de sí mismo y el miedo a enloquecer. Hemos unido estas dos cogniciones porque, para algunos pacientes, perder el control de sí mismos significa perder el control de su mente, en el sentido de enloquecer. Para otros, sin embargo, consistiría en perder la capacidad por un momento de inhibir conductas como gritar, correr o incluso tirarse por la ventana. La sensación que suele acompañar, o en la que se suelen basar estas cogniciones, es la sensación de irrealidad, acompañada, a veces, de parestesias, adormecimiento, entumecimiento, hormigueo en las extremidades, además de la dificultad para pensar, todo lo cual coloca al paciente en una situación parecida, aunque muy alejada, de un estado disociativo.

Para retar el pensamiento de que se va a perder el control, puede ayudar al paciente saber que no conocemos ningún caso en que durante un ataque de pánico, la persona haya hecho algo que no quería hacer, algo en contra de su voluntad como frecuentemente se teme. La persona que tiene una crisis de angustia, puede tener deseos de correr o gritar como un medio de desahogar la tensión que le invade, pero raramente lo hará. Y si lo hiciera, eso no sería tan grave, no pasaría absolutamente nada. Para quien entiende la pérdida de control como un posible modo de enloquecer, hay que hacerle ver que, si bien durante un ataque de pánico cuesta pensar racionalmente, la persona es totalmente consciente de lo que le está ocurriendo, como él ha podido comprobar a partir de su experiencia. Uno sabe quién es, cómo ha llegado al lugar en que se encuentra, dónde vive. En definitiva, aunque en ocasiones uno pueda encontrarse desorientado por efectos de su ansiedad, se trata de una desorientación que está tan lejos de la locura como lo está la desorientación que produce una gripe. Nosotros solemos tener una breve conversación con el paciente acerca de lo que él entiende por «locura». Cuando llegamos habitualmente a la idea de que la locura supone una pérdida de contacto con la realidad, ayudamos al paciente a ver que tener miedo a la locura es en sí una cierta garantía de que no se está loco, puesto que por definición «el loco» ha perdido la noción de normalidad-anormalidad y considera que él actúa con toda normalidad. Por otra parte, cuando se presenta esta discusión solemos exponer al paciente una panorámica breve de las grandes categorías de trastornos mentales, con el fin de que comprenda que entre su problema de ansiedad y una psicosis hay un largo trecho que no se recorre en apenas unos segundos o unos minutos que dura una crisis de angustia.

Como se ha podido observar, si bien los pasos para retar un pensamiento catastrófico son casi siempre los mismos, existen algunas peculiaridades que es conveniente tener en cuenta en la discusión de cada tipo de cognición.

Con el fin de ejemplificar una discusión cognitiva, transcribiremos a continuación un fragmento de una sesión, en la que se analizó la cognición catastrófica: «Me va a dar un infarto», aparecida en una crisis en la que el paciente sintió como principales síntomas taquicardia, opresión de pecho y falta de aire.

T. Me decías que en la crisis de esta semana, las primeras sensaciones que tuviste fueron las de falta de aire y opresión de pecho, y más tarde, apareció la taquicardia. ¿Qué pensaste ante esas sensaciones?

- P. Pensé que me podía pasar algo, que me iba a morir.
- T. ¿Algo?, ¿cómo qué?
- P. Un ataque cardíaco.
- T. Muy bien, pensabas que el ataque cardíaco era inminente y eso le asustó mucho. Además, en tu diario has registrado que el grado de creencia en ese pensamiento era del 100 %, es decir, estabas totalmente seguro de que te iba a suceder.
- P. Sí, más bien sentía que ya me estaba sucediendo.
- T. Pero ¿cuáles eran las razones por las que pensabas que te iba a dar un infarto?
- P. Los síntomas que tenía, estaba claro. Me faltaba el aire, el corazón me iba a cien, sentía las palpitaciones, tenía mucho dolor en el pecho. ¿Te parece poco?
- T. No, no me parece poco motivo para que te sintieras molesto. Pero tú fuiste más allá y pensaste que te daba un infarto.
- P. Sí, además el que más y el que menos ha oído la noticia de gente a la que le ha dado una punzada en el pecho y se ha quedado irto en el acto.
- T. ¿Tú has conocido directamente a alguna de esas personas?
- P. No, pero he oído las noticias de personas conocidas. Fíjate en Cruyff, el entrenador del F.C. Barcelona. Es deportista, está en forma y va y le da.
- T. Veamos, entonces si te he entendido bien, la evidencia que tú tenías de que te iba a dar un infarto, provenía de tus síntomas y de tu recuerdo de personas famosas que han tenido uno. ¿Es así?
- P. Sí, así es.
- T. ¿Y existe alguna razón por la que tú hubieras podido pensar que no ibas a sufrir un ataque cardíaco?
- P. No.
- T. ¿No? Vamos a analizarlo. ¿Consideras que la falta de aire, la opresión de pecho y la taquicardia son sinónimos de infarto?
- P. ¡Hombre!, también puedes tenerlos en otras ocasiones.
- T. ¿Por ejemplo?
- P. Por ejemplo, cuando estás muy resfriado, cuando haces ejercicio físico, también tienes taquicardia cuando estás emocionado por algo.
- T. Sin embargo, cuando haces ejercicio físico o corres, por ejemplo para coger el autobús, no piensas que te vaya a dar un infarto. Si te parece, vamos a hacer una prueba. Vamos a salir los dos juntos del despacho y vamos a ir corriendo a las escaleras, una vez allí bajaremos y volveremos a subir tan rápido como podamos y vendremos al despacho. ¿Te parece?
- P. No nos dará ahora un infarto, ¿no?
- T. No lo sé, no lo puedo saber, y creo que nadie podría. ¿Tú qué crees?
- P. Yo creo que no, vamos, espero que no. Pero si que me podría dar un ataque de pánico.
- T. Vamos a ver qué ocurra. La única forma de saberlo es haciéndolo. Si tuvieses un ataque de pánico, ¿qué sería lo peor que podría sucederte?
- P. ¿Te parece poco?
- T. Al menos poco catastrófico, aunque reconozco que desagradable. Por otra parte, sería fenomenal que tuvieses la oportunidad por primera vez en tu vida de sufrir un ataque de pánico delante de un terapeuta. Eso me ayudaría a conocer tu problema mejor.
- P. Cómo se nota que tú no lo pasas mal (risa). ¡Hacemos el experimento de ir por la escalera y al volver al despacho, jadeantes...!
- T. ¿Qué tal, cómo te encuentras?
- P. Fatal, no puedo ni respirar, me duele el pecho y el corazón se me va a salir. Estoy algo mareado, creo que tengo que hacer algo de deporte, no estoy en forma.
- T. Eso te pasa porque el único deporte que practicas es la pesca. Pero es curioso, por lo

que dices, tienes las mismas sensaciones que en tu crisis. ¿Crees que te va a dar un infarto?

- P. ¡Hombre!, espero que no.
- T. ¿Y por qué razón no te iba a dar? Tienes los síntomas según tú.
- P. Pero estoy así por una causa, he hecho ejercicio físico y no estoy acostumbrado.
- T. Y cuando tienes esas sensaciones en tus crisis, ¿acaso no existe una causa? Se llama ansiedad. ¿Cuál es la diferencia?
- P. No sé. Imagino que no tengo del todo claro que la ansiedad sea inofensiva.
- T. Sí, puede ser, esa es una idea que suele costar algún tiempo aprender, pero debes darte tiempo para cambiar tu forma de pensar. Volvamos a lo que hablábamos antes. Parece claro, entonces, que las sensaciones por las que tú pensaste que ibas a tener un infarto no son únicamente indicadoras de esa consecuencia, sino también de otras cosas, como el ejercicio físico. Por otra parte, ¿qué ocurrió cuando hicimos la prueba de hiperventilación, lo recuerdas?
- P. Sí, no sé me olvidará, también me encontraba muy mareado, con falta de aire y opresión de pecho.
- T. ¿Alguna otra vez en tu vida has sentido estas sensaciones?
- P. Sí, continuamente. Por ejemplo, en mis ataques de pánico.
- T. ¿Y cuántos infartos has sufrido?
- P. Ninguno, ninguno.
- T. ¿Cómo puedes explicar esto?
- P. No sé, imagino que hasta ahora he tenido suerte. Pero la próxima vez puede ser la última.
- T. ¿Cuántas veces haría falta que tuvieras esos síntomas y no sufrieras un infarto para convencerte de que una cosa no lleva necesariamente a la otra?
- P. Imagino que todas las veces.
- T. Por lo tanto, siempre podrá haber una próxima vez, y nunca podrás estar seguro del todo. Pero imagino que si estabas tan seguro de que ibas a sufrir un infarto, y nunca te ha dado ninguno, a pesar de sentir esas mismas sensaciones, debes conocer a alguien al que sí le ha pasado.
- P. No, ya te he dicho que pienso en casos como el de Cruyff.
- T. ¿Lo conoces personalmente?
- P. No, no, ojalá.
- T. Entonces, ¿cómo puedes estar seguro de que la situación médica y los antecedentes de Cruyff son los mismos que los tuyos?
- P. No lo sé. De cualquier modo, el caso de este entrenador demuestra que siempre es posible que te dé un achuchón.
- T. En eso te tengo que dar la razón. Siempre es posible, la cuestión es cómo es de probable, porque, ¿sabes?, vivir es aprender a aceptar la posibilidad de tener dificultades, de enfermarse y de morir. Nadie nos puede dar la seguridad de que eso no nos va a ocurrir jamás, y yo no puedo caer en ese error contigo. El tema aquí es si tú tienes más probabilidad de padecer un infarto por el hecho de tener un ataque de pánico, porque la probabilidad es la misma que en cualquier otra ocasión. Por lo tanto, parece que hay razones a favor, pero también en contra de ese pensamiento. ¿Qué probabilidad ves ahora después de analizar esto, de que fuese cierto lo que pensabas?
- P. Bueno, mirándolo así, creo que menos, quizás un 60%.
- T. Perfecto, eso significa que al menos nos encontramos con un 40% de probabilidad de que el pensamiento sea erróneo, esto es, de que no fueras a padecer un ataque cardíaco. Ese porcentaje quiere decir que cabe la duda, que cabe la posibilidad de que al pensar catastróficamente te estés equivocando.

En ese caso, en el caso de que te estuvieras equivocando al pensar eso, ¿qué otras explicaciones alternativas podrías tener para las sensaciones corporales que sentías?

- P. Antes me recordabas que cuando hice la hiperventilación tuve las mismas sensaciones, aunque menos intensas. Puede ser que al decirme que tenía la tensión baja fuera poniéndome ansioso y fuera hiperventilando sin darme cuenta hasta que me encontré tan mal y llegó el pánico.
- T. ¿Crees que es esa explicación verosímil?
- P. Sí, claro, es posible.
- T. Ahora me gustaría que avanzáramos un paso más. Hemos llegado a la conclusión de que muy probablemente, lo único que te estaba ocurriendo era que estabas sufriendo un ataque de pánico. ¿Qué hubiera sido lo peor que te hubiera podido pasar en el caso de padecer un ataque de pánico?
- P. Tú dices que nada.
- T. ¿Y tú, tú qué dices?
- P. Imagino que lo mismo, un rato horrible.
- T. ¿Horrible? ¿Crees que sería esa la palabra? ¿Cómo de horrible en una escala de 0 a 100?
- P. Un 100, eso sí que no me lo puedes negar.
- T. ¿Cómo sería entonces de horrible para ti que al llegar a tu casa estuviera toda tu familia muerta?
- P. Lo máximo, un 100.
- T. Entiendo, sería lo mismo para ti que tener un ataque de pánico.
- P. No, no, mucho más.
- T. No puede ser, 100 era lo máximo.
- P. Bueno, comparado con eso, el ataque de pánico no sería tan horrible, quizás un 40 o menos.
- T. ¿Digamos «desagradable» o «molesto»?
- P. Digámoslo.
- T. Estupendo, a veces es importante intentar ajustar nuestro lenguaje lo más posible a la realidad, porque pensamos igual que hablamos y podemos caer en el error de creernos que una forma de expresarnos corresponde a la realidad de los hechos. Así que lo peor de todo esto hubiera sido la posibilidad de pasar un mal rato. Y dime, aun suponiendo que lo que tú temías hubiera sido realmente horrible y te pudiera ocurrir, ¿te resulta de alguna utilidad tener este tipo de pensamientos?
- P. No, ninguna, sólo consigo estar siempre con el miedo en el cuerpo pasándolo mal.
- T. Entonces, dime, ¿qué sentido tiene que mantengas un pensamiento del que tienes algunas evidencias a favor, pero muchas más en contra, que probablemente sea erróneo; para el que tienes otras explicaciones alternativas acerca de lo que estás sintiendo; que lo peor que te podría pasar no es tan horrible; y que, además, pensar así sólo te lleva a ponerte más ansioso y vivir continuamente preocupado.
- P. Realmente no tiene ningún sentido visto así en frío, pero en esos momentos no puedo evitar pensar así. Me gustaría ser capaz de pensar más racionalmente en esos momentos.
- T. No te preocupes, es totalmente normal, a todos nos ocurre y cuesta tiempo y esfuerzo ser capaz de poner en duda nuestras creencias, pero, si estás en el camino. Al principio, cuando realices este ejercicio para combatir los pensamientos catastróficos, sólo serás capaz de hacerlo una vez consideras que ya ha pasado el peligro. Pero cada vez te resultará más fácil pensar de este modo en el mismo momento del ataque de pánico. Es sólo cuestión de práctica.

Por último, y para finalizar este epígrafe, nos gustaría hacer algunos comentarios respecto a algunos problemas que pueden aparecer en la aplicación de la discusión cognitiva a algunos pacientes con TP.

No es infrecuente que nos encontremos con un paciente, que desde el principio de la terapia, o bien una vez avanzada ésta, haya dejado de temer que le pueda suceder algo terrible en sus crisis como morir de infarto o asfixiado, para comenzar a temer la propia crisis en sí misma. En estos casos, los pacientes suelen referir que un ataque de pánico es suficientemente desagradable como para temerlo, aunque se sepa que no resulta peligroso. Es lo que denominamos el «miedo al miedo». En estas situaciones, la discusión cognitiva que se realiza es bastante similar a la que hemos relatado respecto al miedo al desmayo, en el sentido de que estamos hablando de una cognición que recoge una amenaza «menor», si es posible decirlo así. Habría que reconocerle al paciente que una crisis es un evento poco divertido y, desde luego, nada deseable. Sin embargo, hay una diferencia cualitativa entre la amenaza percibida de la muerte y la de padecer una crisis. El terapeuta debe explorar si el miedo a un nuevo ataque de pánico se basa en creencias residuales acerca de su peligrosidad, es decir, si el paciente no tiene del todo claro que no le puede ocurrir ninguna consecuencia catastrófica en sus ataques. Si es así, habría que retomar la creencia de que se trata y continuar aportando experiencias y discusiones que permitan reducir más el grado de firmeza con el que se mantiene dicha creencia. En el caso de que el grado de creencia en las cogniciones catastróficas originales fuera nulo, habría que remarcar las diferencias entre la muerte por un infarto y la crisis de angustia. Una de las diferencias, obviamente, es el carácter de la amenaza. Pero otra muy importante es la posibilidad de control de las crisis, frente a la impotencia con que nos enfrentamos a nuestra propia muerte. A diferencia del infarto, las crisis dependen del propio paciente, él puede hacer algo para que no ocurran. Por ejemplo, recordar que no hay ningún peligro asociado a ellas, saber que durarán poco tiempo y después pasarán, e intentar aplicar las técnicas de control de la ansiedad que ha aprendido en la terapia. Nos hemos encontrado con alguna paciente que nos ha hecho el siguiente comentario: «Entonces, si las crisis dependen de mí, estoy segura de que no solucionaré nunca mi problema porque yo no logro controlar mi pensamiento, soy mi principal enemigo y en esos momentos soy incapaz de hacer nada». Esta duda, que suele provenir de pacientes con rasgos obsesivos, puede ser aliviada con dos comentarios del terapeuta. En primer lugar, no es cierto que no pueda controlar en absoluto sus pensamientos. Su propia experiencia le indica que, en muchas ocasiones, y en situaciones muy diversas, los ha controlado. Quizás le haga falta seguir insistiendo con los pensamientos relacionados con las crisis. En segundo lugar, tampoco es cierto que en los ataques, el paciente no pueda hacer nada. Si no hiciera nada, la crisis no se produciría. El paciente en sus crisis, está haciendo algo, está pensando activamente y el contenido de sus pensamientos es lo que hace que tenga el ataque. Se trata sencillamente de cambiar el contenido de esos pensamientos o, como el paciente decía, de no hacer nada. En cualquier caso, se trata de aprender a confiar en sí mismo.

Algunos pacientes plantean ante la discusión cognitiva un problema muy claro: «En el momento de la crisis no puedo pensar; me bloqueo mentalmente». Ante este comentario, el terapeuta puede recordar al paciente que nuestra atención es limitada y en el momento del ataque de pánico, toda nuestra atención se focaliza en la amenaza que percibimos. Al sentirnos tan mal, sólo podemos pensar en que nos va a suceder algo, y eso es normal. Pero en la medida en que, lenta y progresivamente, la persona va cuestionando la racionalidad de la interpretación catastrófica, va resultando más fácil introducir pequeñas cuñas de duda en

todo ese proceso y esas cuñas, cada vez, se van haciendo mayores, hasta que finalmente permiten un análisis racional de todo lo que está ocurriendo. Puesto que éste es un proceso lento, durante el tiempo en que los pensamientos catastróficos están mucho más accesibles a la conciencia que los pensamientos alternativos, puede resultar útil llevar siempre encima, a modo de recordatorio, una tarjeta con algunos comentarios muy breves que sirvan de ayuda al paciente en un momento en que cuesta reflexionar. Se podría incluir frases como: «Sabes que esto no es más que ansiedad», «La ansiedad no es nunca peligrosa», «Estás hiperventilando», «Puedes utilizar la técnica de...», «Apenas durará unos minutos», etc. Por otra parte, se puede aconsejar al paciente que en crisis tan agudas que dificulten pensar racionalmente, puede primero realizar ejercicios de respiración lenta que ayuden a contrarrestar los efectos de la hiperventilación, para así, una vez disminuida la ansiedad, comenzar con la discusión cognitiva.

Aun así, es posible que nos encontremos con pacientes que por su grado de ansiedad en las crisis, o por su nivel cultural, encuentren todo un mundo recordar en sus crisis todos los pasos para retar los pensamientos catastróficos. El terapeuta no debe obsesionarse con la importancia de seguir todos y cada uno de los pasos que aconsejamos aquí. Los puede resumir y simplificar en dos grandes preguntas que debe hacerse la persona ante sus sensaciones corporales. En primer lugar, ¿cómo puedo estar seguro de que va a ocurrir lo que temo? Y en segundo lugar, y si ocurre, ¿qué es lo peor que puede pasarme?. Estas preguntas responden a los dos pasos fundamentales de toda discusión cognitiva: el análisis de evidencias y la desdramatización.

Por último, algunos pacientes pueden realizar la gran objeción a la discusión cognitiva: «Sí, esto es lo que racionalmente debería pensar, pero en esos momentos no lo pienso». El paciente enfrenta así al terapeuta con el problema filosófico de la racionalidad o irracionalidad del ser humano. En función del nivel cultural del paciente y del terapeuta, éste puede hacer un breve comentario acerca de este problema y cómo es tratado prácticamente por todos los filósofos con la defensa de una u otra postura. Pero la cuestión que nos ocupa en la terapia no es encontrar una solución a esta polémica, sino analizar si somos lo suficientemente racionales como para aprender a identificar algunos de nuestros pensamientos y modificarlos con el tiempo y con nuestro aprendizaje. El terapeuta puede confrontar al paciente con los cambios que se han producido en su pensamiento desde que era niño y preguntarle el porqué de esos cambios. El paciente tendrá que reconocer que el modo de pensar puede cambiar, y lo que el terapeuta puede añadir que lo único que hace falta es darse tiempo y oportunidades para el cambio. Los pensamientos alternativos a las cogniciones catastróficas, en un principio, apenas tienen cabida en un cerebro absorbido por la percepción de una amenaza inminente. Sin embargo, poco a poco, van cobrando fuerza, con el apoyo de la propia experiencia, hasta que puede resultar tan fácil pensar racionalmente como antes lo era pensar irracionalmente.

Capítulo 6

La hiperventilación y el entrenamiento en respiración lenta

Dentro del programa de tratamiento del TP, el entrenamiento en respiración lenta está especialmente indicado para aquellos pacientes en los que la hiperventilación juega un papel importante en sus crisis de angustia. El objetivo del entrenamiento en respiración lenta es enseñar a los pacientes a seguir un ritmo de respiración opuesto a la hiperventilación. A pesar de que la hiperventilación es uno de los experimentos comportamentales utilizados en el tratamiento del TP y, por tanto, debería ser explicada más adelante en el capítulo referido a este tema, la describiremos a continuación de forma independiente, por su importancia dentro del tratamiento y por constituir un paso previo al entrenamiento en respiración lenta.

El procedimiento que seguimos para la realización de la prueba de hiperventilación es el siguiente. En primer lugar, se le dice al paciente que esta prueba puede aportar una información muy relevante a la hora de comprender mejor su problema, puesto que es un modo de hacerle ver la importancia de su pauta de respiración en las crisis de angustia y la necesidad de aprender otro ritmo de respiración. La prueba de hiperventilación se realiza mediante una cinta de cassette grabada con las instrucciones que se han de seguir y que son las siguientes:

«A continuación se le va a presentar un ritmo rápido de respiración que usted deberá intentar seguir durante dos minutos. Para ello deberá tomar aire por la nariz y por la boca cuando oiga la palabra inspire y lo soltará cuando oiga la palabra expire. Vamos a realizar una prueba (el terapeuta lo hace junto con el paciente): inspire-espire, inspire-espire, inspire-espire... Al hacerlo, usted puede sentir una serie de sensaciones desagradables que son una consecuencia natural de este ritmo de respiración, aunque, de ningún modo, sus efectos serán peligrosos para su salud. Si le resulta insoportable la experiencia, puede dejar de seguir el ritmo cuando quiera y utilizar la bolsa auxiliar; cuyo manejo se le explicará (El terapeuta modela la utilización de una bolsa de papel de tamaño similar al utilizado en los aviones para los pasajeros, que debe ajustarse a la cara para poder respirar dentro de ella, haciendo que la bolsa se contraiga y se dilate). Cuando acabe la prueba le pediremos que se concentre un minuto en sus sensaciones, con los ojos cerrados; y después

nos contará cómo se ha sentido. ¿Está preparado? Bien, entonces cierre los ojos e intente concentrarse en su respiración.»

Algunos pacientes piden ciertas aclaraciones antes de comenzar la prueba de hiperventilación. Dejando a un lado las dudas técnicas respecto al modo exacto de realizar este ejercicio, el comentario más interesante que suelen hacer es el del temor a hiperventilar por si les sucede algo terrible o por si les da un ataque de pánico. Ante este comentario, el terapeuta debe reiterar que de ningún modo la hiperventilación puede ser peligrosa para ellos. Algún paciente nos ha contestado: «Bien, imagino que no estarás tan loco como para provocarme la muerte en tu despacho, pero ¿y si tengo un ataque de pánico?». Dado que, realmente, existe la posibilidad de que el paciente tenga un ataque de pánico, (aunque es muy poco probable por la ambigüedad de las sensaciones que hace el paciente y la presencia del terapeuta) el terapeuta no debe negar esta posibilidad. Sin embargo, debe insistir en la importancia que tiene realizar esta prueba para conocer exactamente cómo se producen las crisis del paciente y puede hacer el comentario de que realmente sería muy útil para la terapia que se produjera una crisis que pudiera ser observada *in vivo* por el terapeuta. Hay que reconocer que ante este comentario, algunos pacientes hacen una sonrisa ladeada, con la que quieren expresar su preferencia por que el terapeuta se quede sin ver cómo son sus crisis. Finalmente, hay que recordar al paciente que si las sensaciones que siente le resultan muy desagradables, hasta el punto de no poder soportarlas, puede dejar de hiperventilar y utilizar la bolsa auxiliar. Con estas aclaraciones, es muy poco frecuente encontrarse con un paciente que se niegue a hacer la hiperventilación. En casos extremos, se puede establecer una gradación en cuanto al tiempo de hiperventilación, comenzando por tiempos inferiores a 2 minutos. En nuestra experiencia, hemos llegado a pedir a un paciente que realizara la prueba tan sólo durante 20 segundos, para después ir incrementando la duración. En otros casos, sobre todo en pacientes con miedo a perder el control, se solicita al terapeuta poder mantener los ojos abiertos durante la prueba. No hay problema en ceder a esta petición, aunque el terapeuta debe justificar la opción de cerrar los ojos para centrar la atención en las sensaciones corporales, y puede utilizar más adelante en la terapia la variable «ojos cerrados-abiertos» para exponer gradualmente al paciente a las sensaciones que teme. Si con todo esto, un paciente mostrara su oposición a realizar la prueba es conveniente hacerle ver que, más pronto o más tarde, tendrá que enfrentarse a las sensaciones que teme y que, aunque el terapeuta puede graduar este proceso, finalmente, será él el que lo tenga que realizar. Si no está dispuesto, le será difícil poder mejorar y salir de su problema.

Una vez efectuadas las aclaraciones oportunas, se vuelve a poner la grabación en la que aparecen dos minutos de hiperventilación. Es importante observar al paciente, sin que se sienta incómodo, con el fin de registrar su reacción fisiológica ante esta prueba y de controlar que su respiración siga el ritmo de la grabación. En este sentido, hemos observado que muchos pacientes, por el temor a su propia reacción, respiran más lentamente de lo indicado o inspiran menos aire del deseable.

Cuando finaliza la grabación de dos minutos, se le recuerda al paciente que se mantenga durante un minuto con los ojos cerrados hasta que se le avise, y que se centre en las sensaciones que ha sentido durante la prueba o que está comenzando a sentir en esos momentos. Tras este minuto se le pide que abra los ojos y que conteste dos cuestionarios, después de

1. Después de realizar varios cientos de hiperventilaciones a pacientes, sólo en una ocasión se produjo un ataque de pánico en una sesión de terapia grupal.

lo cual comentaremos cómo ha sido su experiencia. El primero de ellos es la Hoja de Respuesta a la Hiperventilación (véase Apéndice 16), que consta de tres ítems. En el primero, se le pide al paciente que intente valorar lo placentero o agradable que le ha parecido la experiencia, mediante una escala de 0 a 10, donde 0 significa que los efectos de la hiperventilación le han resultado muy desagradables y 10 que, por el contrario, le han resultado muy placenteros. Hay una gran variabilidad individual en la respuesta a la hiperventilación, pero resulta muy raro que una persona que ha tenido ataques de pánico sea una gran amante de la hiperventilación. Con personas sin problemas de ansiedad, es algo más frecuente que la hiperventilación pueda resultar placentera, por la interpretación de las sensaciones que, a veces, pueden asemejarse a: «Cuando me fumo un porro» o «Igual que después de un orgasmo». En el segundo, se le pide al paciente que indique qué sensaciones sintió y cuál fue el grado de intensidad de cada una de ellas mientras hiperventilaba. Se le presentan trece sensaciones (las mismas que se incluyen en el DSM-IV) y una escala de respuesta graduada (nada, algo, bastante, mucho) para valorar la intensidad de las mismas. En el tercero, se le pide al paciente que, en caso de que haya encontrado agradable la experiencia, explique brevemente cómo se sintió mientras hiperventilaba. El segundo instrumento de evaluación que se le pasa al paciente es el Cuestionario de Similitudes (véase Apéndice 17), que consta de dos ítems. En el primero, se le pide al paciente que elija un número de una escala de 0 a 10 para mostrar cuán similares son los efectos de la hiperventilación y sus ataques de pánico, donde 0 equivale a «nada similares», 2 a «algo similares», 4 a «bastante similares», 7 a «muy similares» y 10 a «exactamente iguales». Si los efectos de la hiperventilación no son exactamente los mismos que en sus crisis, el paciente cumplimenta el segundo ítem del cuestionario. En este último ítem se le presentan al paciente estas frases:

- Tuve las mismas sensaciones que tengo normalmente durante mis ataques de pánico, pero fueron menos intensas.
- Tuve algunas sensaciones durante y/o después de hiperventilar que, normalmente, no tengo durante mis ataques de pánico. Las sensaciones diferentes fueron:

.....
- Hay algunas sensaciones que normalmente tengo en mis ataques de pánico que no aparecieron durante y/o después de hiperventilar. Las sensaciones diferentes fueron:

.....

Se le pide al paciente que rodee con un círculo la frase que mejor describa cómo difieren las sensaciones que tuvo en la prueba de hiperventilación y las que presenta en sus crisis de angustia.

Después de cumplimentar ambas escalas y, a partir de la información recogida, el terapeuta debe subrayar el grado de semejanza que existe entre la respuesta del paciente a la hiperventilación y su estado en los ataques de pánico. El nivel de similitud entre las sensaciones observadas al realizar la tarea de hiperventilación y las de un ataque de pánico proporciona al terapeuta (y al paciente) una idea del grado en que la hiperventilación constituye un elemento importante en sus crisis. También, se le pregunta al paciente qué piensa del hecho de que, realizando una simple tarea respiratoria haya tenido sensaciones muy similares a las experimentadas en las crisis de angustia. Ahora bien, también puede ocurrir

que el paciente incida o enfatice las diferencias que ha habido entre la hiperventilación y sus crisis. A continuación exponemos en forma de diálogo los comentarios que los pacientes suelen realizar a este respecto y cómo podría contestar el terapeuta.

1. Las sensaciones que el paciente tiene con la hiperventilación son muy parecidas a las que experimenta en sus crisis, pero menos intensas y/o el temor a que le ocurra algo terrible es mucho menor

COMENTARIO 1:

La importancia del tiempo de hiperventilación

- P. Pienso que las sensaciones que he tenido con la hiperventilación son muy parecidas a las que experimento en las crisis, pero menos intensas.
- T. Tú crees que la diferencia está en la intensidad. Bien ¿y cuál crees que puede ser la causa de esa menor intensidad en las sensaciones que has tenido con la hiperventilación?
- P. Quizás, porque he estado hiperventilando poco tiempo, menos del que me dura una crisis.
- T. ¿Y qué crees que hubiera ocurrido si hubieras hiperventilado durante más tiempo?
- P. Pues no sé, imagino que aun así estaría más tranquila que en las crisis porque yo sabía que estabas tú.
- T. Bien, esa es un tema que después comentaremos. Ahora me gustaría que hiciéramos una prueba para que tú puedas darte cuenta de cómo hiperventilando las sensaciones pueden llegar a ser más desagradables. Vas a escuchar una grabación y vas a intentar hiperventilar durante tres minutos. Como la grabación dura dos minutos, yo seguiré después al mismo ritmo. Tú sólo tienes que seguirlo. ¿De acuerdo?
- P. ¿Es lo mismo de antes, todo igual?
- T. Sí, exactamente igual.

Prueba de hiperventilación durante tres minutos.

- T. (Observa cómo el paciente varía el ritmo de respiración y lo va haciendo más lento que al de la grabación). Intenta mantener el mismo ritmo.
- P. Ya no puedo más. Me ahogo, me ahogo.
- T. ¿Te ahogas?
- P. Ay, sí, sí, ¡qué mal, qué mal!
- T. ¿Te estás sintiendo peor que antes?
- P. Ahora sí que me siento mal, voy a parar.
- T. ¿Sí? Bueno, ¿necesitas la bolsa?
- P. No, no. Pero no me hagas que hable, déjame que descansa.
- T. Descansa y tranquilízate. Bien, has podido comprobar cómo la intensidad de las sensaciones ha sido mayor que en la ocasión anterior.
- P. Sí, me va a dar algo.
- T. Te voy a dar la bolsa... Utilízala como te dije la otra vez. ¿De acuerdo? (La paciente respira unos segundos dentro de la bolsa de papel.) ¿Cómo te encuentras? (La paciente hace ver con un gesto que se encuentra mejor.) Era muy importante que te dieras cuenta de cómo una mayor duración de la respiración te puede causar sensaciones más intensas. Recuerda que está comprobado que cuando una persona se pone ansiosa sobrerrespira y entonces esta excesiva respiración puede provocar sensaciones desagradables.
- P. Entonces, ¿cuando a mí me ocurre esto es porque yo respiro demasiado rápido? ¿Más de dos minutos?

- T. Posiblemente mucho más, me dijiste que en la última crisis comenzaste a encontrarte mal cinco minutos antes del momento del pánico.
- P. Sí, ya lo veo, entonces es por eso por lo que me siento tan mal en las crisis.
- T. ¿Tú qué crees?
- P. Sólo sé que respirando apenas tres minutos como tú me has dicho, me he sentido casi igual que en las crisis.

COMENTARIO 2:

La importancia de la presencia o ausencia del terapeuta en la prueba de hiperventilación

- T. Bien, ¿y cuál crees que puede ser la causa de que haciendo aquí la prueba de hiperventilación hayas tenido menos sensaciones corporales y menos miedo a que te ocurriera algo que el que tienes en las crisis?
- P. Quizás porque tú estabas presente y yo sabía que se trataba de una prueba.
- T. ¿Y qué crees que hubiera ocurrido si toda esta prueba la hubieras realizado sin estar yo presente o si pudieras realizar este ritmo de respiración de forma más o menos inconsciente en una situación que temes, por ejemplo en la cola del supermercado?
- P. Pues no lo sé.
- T. ¿Crees que podrías sentirte de otra forma, podrías sentirte mejor o peor?, ¿las sensaciones serían más o menos intensas?
- P. Imagino que peor.
- T. Si recuerdas, el otro día hablábamos de la importancia de cómo una persona valora una situación para que esa situación le produzca unas sensaciones u otras y unos sentimientos u otros. Te quiero pedir que reflexiones un poco sobre el hecho de que aquí estamos en una situación concreta en la que estoy yo, tú te sientes tranquila, sabes que ahí está la bolsa, en fin, sabes que todo está controlado.
- P. Pero yo también estoy tranquila en casa cuando estoy con mi marido, y aun así me ocurre.
- T. Bien, me gustaría que realizáramos una prueba, vás a volver a hiperventilar y yo me voy a salir de la habitación.
- P. Si me pasa algo grito, ¿no?
- T. Además, me gustaría que intentaras imaginarte que tú estás en una situación de las que temes, por ejemplo que estás en la cola del supermercado o en cualquier otra situación que te resulte desagradable, estás viendo, por ejemplo, una película en la que la persona que sale tiene una taquicardia. ¿Qué situación vas a pensar?
- P. Puedo pensar lo de la película de la taquicardia.
- T. Bien, pues ahora yo te voy a poner la cinta, tu intentas seguir el ritmo de respiración e intenta imaginarte la situación que hemos dicho.
- P. Y tengo que acabar la cinta o te llamo antes si veo que me empiezo a sentir mal.
- T. Si tú crees que no puedes soportar cómo te encuentras, me puedes llamar o utilizas la bolsa para respirar, ahí la tienes. Intenta seguir el ritmo de respiración... y después cuéntame cómo te has sentido. ¿de acuerdo?
- P. Pero no te vayas lejos...

Prueba de hiperventilación: El terapeuta entra en la habitación.

- T. ¿Cómo te ha ido?
- P. ¡Qué mal me encuentro!
- T. Lo has pasado mal ¿verdad? ¿Qué conclusión crees que podrías extraer de esta experiencia?
- P. Pienso que tienes mucha razón. Creo que estaba más nerviosa o tensa porque yo pen-

saba que igual no me oías, que me podía pasar algo y me iba a quedar aquí tirada o muerta.

- T. Te suele ocurrir esto cuando tienes la total seguridad de que estás sola en una situación a la que temes; ¿es así? Es muy importante que comprendas que tu reacción no la produce la situación en sí misma sino los pensamientos que tú tienes ante esa situación.

COMENTARIO 3:

La importancia de la atribución que hace el paciente de sus sensaciones

- P. Sí, las sensaciones son muy similares, prácticamente son las mismas... lo que ocurre es que yo no pensaba que me fuera a dar un ataque de pánico. Yo me encontraba mal, me encontraba rara, pero no sé.
- T. ¿Y qué crees que hubiera ocurrido si tú no supieras que todas estas situaciones son provocadas por esta prueba, si estuvieras, por ejemplo, en la cola del supermercado y, de repente, te empezaras a sentir así? ¿Qué crees que hubieras pensado?
- P. Que me iba a morir, lo tengo claro.
- T. Sin embargo, las sensaciones corporales hubieran sido las mismas. Realmente una persona hiperventila muchas veces: cuando haces ejercicio físico, cuando subes unas escaleras, en esas situaciones estás sobrerrespirando aunque en esas situaciones es adaptativo, te hace falta más oxígeno. Pero cuando tú tienes esas sensaciones y no las puedes atribuir a nada en concreto, cuando no las puedes explicar de ningún modo es cuando empiezas a angustiarte y a pensar que te va a pasar algo. ¿Qué te parece?
- P. Sí, parece lógico.
- T. ¿Crees que podrías explicarme lo?
- P. Sí, tu intentas decirme que si me pongo nerviosa porque espero invitados para comer en casa, se me acelera la respiración y el corazón me palpita muy rápido por los nervios que tengo. Yo, en ese momento, no pienso que me va a dar un ataque cardíaco porque estoy nerviosa pero sé el motivo. Pero el problema sería cuando pienso que no tengo ningún motivo y empiezo a ahogarme, es entonces cuando creo que me va a dar un ataque.
- T. ¿Te parece que eso podría influir?
- P. Sí, sí, claro, porque más de una vez me ha ocurrido que yo empiezo con el ahogo y si creo que hay alguna causa no pienso que me vaya a ocurrir nada malo.
- T. Entonces, ¿piensas que esto podría explicar por qué al hacer la hiperventilación no lo has pasado tan mal como en tus crisis?
- P. Sí.

2. El paciente informa haber tenido en la hiperventilación sensaciones que normalmente no tiene en sus crisis

- P. Durante la hiperventilación he sentido algunas sensaciones que no suelo tener en mis crisis.
- T. ¿Has tenido sensaciones añadidas?
- P. Sí, yo no las tengo normalmente. Para mí son extrañas.
- T. Como decíamos antes, las sensaciones que produce la hiperventilación son un continuo, por eso es posible que notaras otras sensaciones, o que notaras sensaciones con más o menos intensidad. Puede ser que en tus crisis no respires tan intensamente como lo has hecho aquí. ¿Crees que ese podría ser un factor que tuviera algo que ver con esa diferencia en las sensaciones que has experimentado?
- P. Yo pienso que puede ser un factor pero no sé.

- T. De todos modos me gustaría que valoraras una cosa ¿Crees que es posible que en el pánico estuvieras tan concentrada en las sensaciones a las que más temes como por ejemplo las palpitaciones que no pudieras atender a las sensaciones más pequeñas? Si te parece, lo que vamos a hacer es que para el próximo día vas a intentar evaluar en tus ataques de pánico qué has sentido, atender a esas pequeñas sensaciones que quizá normalmente se te escapan.
- P. De acuerdo, es una posibilidad.

3. El paciente llama la atención sobre las sensaciones que no ha tenido en la hiperventilación, pero sí en sus crisis

- P. Pero hay sensaciones que suelo tener en las crisis y con la hiperventilación no las he tenido, como por ejemplo, la opresión de pecho.
- T. Sí, eso es algo muy frecuente, pero piensa un poco, ¿qué crees que hubiera ocurrido si hubiéramos alargado más el tiempo de la hiperventilación? La ansiedad es un continuo, de la misma manera que es posible que con tan sólo dos minutos de hiperventilación no sientas esas sensaciones con tanta intensidad, es posible que algunas no llegues ni siquiera a percibirlas. Concretamente, la opresión de pecho se produce cuando una persona está hiperventilando el suficiente tiempo como para que los pulmones se cansen de respirar, traduciendo ese fenómeno en forma de tensión en los músculos intercostales, que tú sientes en forma de opresión de pecho. Podemos hacer una prueba: cuando yo te diga «inspira» vas a tomar todo el aire que puedas llenando completamente tus pulmones, cuando te diga «expira» sueltas sólo la mitad, entonces vuelves a inspirar y así sucesivamente hasta que te diga, ¿de acuerdo? Avisame si llegas a sentir opresión en el pecho.
- P. Bien, esperemos que no pase nada.
- Dos minutos después el terapeuta le pide a la paciente que deje de hiperventilar.
- T. ¿Qué tal? ¿Cómo te encuentras?
- P. Esta vez sí he sentido opresión de pecho, como unos pinchazos.
- T. Fíjate, lo único que has hecho es no permitir que tus pulmones se acabaran de relajar. Cuando aún no habían expulsado todo el aire, tú volvías a inspirar. ¿Crees que esto te podría ocurrir en las crisis?
- P. Sí, la verdad es que es la misma sensación.
- T. Por otra parte quiero que pienses una cosa ¿no podría ocurrir que durante la prueba de hiperventilación tú estuvieras tan concentrada en realizar esa prueba que no estuvieras pendiente o atenta a todas tus sensaciones?
- P. Sí, yo creo que sí porque si estás pendiente de seguir el ritmo, del «inspire», «expire», estás menos atenta a las sensaciones.
- T. ¿Te parece que estas dos razones podrían explicar la ausencia de algunas sensaciones en la hiperventilación?
- P. Sí, me parece que sí.
- T. Y también quiero que caigas en la cuenta de algo. Normalmente, cuando tienes un ataque de pánico, ese ataque se produce en una situación que tú no controlas y en la que se dan ciertas circunstancias como que hace horas que no comes nada y por eso tienes menos glucosa en sangre, etc. Todo eso facilita que te encuentres peor de lo que te has sentido aquí.

Cuando han sido explicadas las diferencias entre los efectos de la hiperventilación y las sensaciones de una crisis, es muy importante que el terapeuta explique al paciente el papel y lugar que ocupa la hiperventilación en el proceso de las crisis de angustia. Seguidamente, se le puede indicar al paciente cuál es el mecanismo fisiológico de la hiperventilación, en lo que concierne a las sensaciones corporales que suele experimentar. Se intenta en todo momento adecuar el lenguaje utilizado, para que el paciente pueda comprenderlo sin dificultad. El mecanismo, básicamente, es el siguiente:

«Cuando la respiración es rápida y está alterada se produce una entrada excesiva de oxígeno en nuestro cuerpo y una eliminación, también excesiva, de dióxido de carbono, dando lugar a una serie de cambios químicos, como el cambio en el pH de la sangre, directamente responsables de algunas sensaciones corporales y mentales que experimentamos. Si se mantiene la pauta respiratoria anómala durante un tiempo las sensaciones corporales pueden llegar a ser muy alarmantes. La vasoconstricción cerebral puede producir sensación de mareo, sensación de desmayo, alteraciones visuales y sensación de irrealidad. Asimismo, la disminución del dióxido de carbono produce también una alteración en la irritabilidad de los nervios periféricos ocasionando hipersensibilidad a ciertos estímulos como la luz (fotofobia) o el ruido (hiperacusia). La reducción en el flujo sanguíneo coronario, y la disminución del aporte de oxígeno al músculo cardíaco da lugar a sensaciones alarmantes en el ritmo cardíaco, como latidos irregulares, taquicardias... Además, la respiración rápida y alterada da lugar a otros cambios, como descenso en el bicarbonato de la sangre, cambios en la composición de la orina, alcalosis respiratoria e hipocalcemia. Esto último actúa produciendo espasmos, temblores y calambres en las extremidades. También la hiperventilación puede producir fatiga y cansancio general, falta de concentración y memoria, cambios repentinos de calor a frío. La presión y dolores en el pecho se deben a la aerofagia y/o al uso excesivo de los músculos intercostales superiores que se produce en la hiperventilación.»

El terapeuta debe asegurarse de que el paciente ha entendido bien los mecanismos fisiológicos a través de los cuales actúa la hiperventilación traduciéndose en esa sensación de malestar que le invade en sus ataques. Un modo de hacerlo es entregar al paciente una hoja donde aparece esta información y pedirle en la misma sesión o en la siguiente que resuma lo que ha entendido de este proceso. Generalmente, les ayuda mucho a los pacientes conocer qué es lo que les está ocurriendo a nivel fisiológico cuando tienen una crisis y, sobre todo, saber que no hay ningún peligro de que les pueda suceder nada. Sin embargo, en ocasiones, los pacientes se plantean algunas dudas como las que presentamos a continuación, acompañadas de la argumentación que podría hacer el terapeuta.

1. El paciente se ha sentido mal durante la hiperventilación, pero tiene dudas de que en sus crisis esté hiperventilando

- P. Me he sentido mal con esta prueba, pero no creo que hiperventile en las crisis, yo nunca me he visto respirar así de este modo.
- T. ¿Cómo crees que respiras durante un ataque de pánico?
- P. Creo que respiro normalmente.

- T. A veces durante los ataques es difícil ser consciente de la propia respiración porque uno presta atención a sensaciones mucho más importantes para él, como las palpitaciones, en el caso de que la persona tenga miedo a un ataque cardíaco. ¿Crees que esto también podría ocurrirte a ti?
- P. Puede ser. No lo sé.
- T. Quizás podríamos hacer la prueba y que observaras durante la próxima semana cómo respiras en tus crisis. Otra cosa que podríamos hacer, si te resulta imposible atender a tu respiración en medio de una crisis, es pedir a las personas que suelen estar presentes en tus crisis que se fijen en cómo respiras. ¿Crees que eso sería posible?
- P. A los que les tengo confianza, sí. A otros me da corte.
- T. Además te tengo que decir que existen muchos modos de hiperventilar. ¿Te has fijado si sueles suspirar cuando estás más ansioso?
- P. Sí, mucho y bostezo también mucho.
- T. Pues ya está. ¿qué crees que estás haciendo cuando suspiras o bostezas?
- P. No sé, ¿también estoy sobrerrespirando?
- T. Claro, lo que pasa es que es una hiperventilación menor que la que hemos hecho aquí, es decir, que te haría falta más tiempo para tener las sensaciones que tienes con la hiperventilación rápida. Vamos a hacer una prueba. Me gustaría que suspiraras una vez cada siete segundos aproximadamente mientras seguimos hablando y después te preguntaré cómo te encuentras. (Ambos siguen hablando de cualquier tema, el paciente suspira o toma una inspiración extra cada varios segundos durante un tiempo que puede variar entre 15 y 45 minutos. Para que el paciente no olvide suspirar, el terapeuta puede hacer una señal acústica o rítmica mientras hablan.)
- T. (Pasados unos minutos.) ¿Qué tal te encuentras?
- P. Parece que sienta mi cabeza más embotada, mareo y opresión en el pecho.
- T. ¿Has podido comprobar lo que decíamos antes?
- P. Sí, ahora puedo verlo. Entonces, si es posible que hiperventile durante las crisis y fuera de ellas, cuando estoy nervioso.

2. El paciente no entiende cómo puede hiperventilar en sus crisis si en realidad siente que le falta el aire para respirar

- P. Hay algo que no puedo entender. Una de las sensaciones que tengo en mis crisis es que me falta el aire para respirar, como si me fuera a asfixiar. Sin embargo, tú me dices que, por el contrario, es probable que esté hiperventilando. Si fuera así, no me faltaría el aire. ¿Cómo es posible?
- T. ¿Tú no crees que durante un ataque de pánico sobrerrespires porque tienes la sensación contraria de falta de aire?
- P. Eso es.
- T. Bien, ¿podrías decirme cómo te has sentido en la prueba de hiperventilación que hemos realizado?
- P. Muy mal, muy mal.
- T. ¿Notabas que te faltaba el aire?
- P. Sí, no lo entiendo.
- T. Bien, pues esto ha sido un ejemplo de cómo, a veces, hiperventilando tenemos esa sensación, la de falta de aire. Sin embargo, en realidad, lo que ha ocurrido es que has tomado más oxígeno del necesario. Es lo que denominamos el efecto paradójico de la hiperventilación.
- P. Es decir, que al respirar más de lo necesario siento ahogo.

- T. Sí, lo que está ocurriendo es que tus pulmones están tan llenos de aire que te cuesta inspirar más. Piensa en cuando estamos hinchando un globo. ¿Cuándo cuesta más, al principio o cuando ya está muy lleno de aire? En ese sentido, los pulmones funcionan como un globo. Ante esta sensación de falta de aire, lo que solemos hacer es tomar una inspiración más, pero eso empeora la situación, haciendo que se incrementen los síntomas de ansiedad. Realmente, existe un mecanismo por el cual, cuando el cerebro detecta que hay mucho oxígeno en la sangre, manda la orden para que disminuya el ritmo de respiración. Entonces, la persona suele darse cuenta de que está respirando menos, lo que unido a su sensación de falta de aire, le suele llevar a la decisión de inspirar con mayor profundidad. Eso, a su vez, provoca que el cerebro vuelva a enviar la orden de que disminuya todavía más el ritmo de respiración, creándose un círculo vicioso que puede llegar a angustiar bastante si no se conoce este proceso. ¿Crees que esto podría explicarte lo que te ocurre en las crisis?
- P. Sí, aunque tengo que reconocer que la sensación de falta de aire es tan grande en mis crisis que si no lo hubiera podido comprobar en la prueba de hiperventilación, me hubiera resultado difícil creer lo que dices.

3. El paciente no entiende por qué no tiene ataques de pánico cuando está haciendo ejercicio físico si también está respirando rápido

- P. Entiendo que cuando yo respiro mucho es cuando me vienen todas las sensaciones de ansiedad y empiezo con una sensación de ahogo muy grande, pero entonces ¿por qué esto no ocurre cuando estoy haciendo ejercicio si también en esa situación respiro deprisa?
- T. ¿Te refieres a cuando haces gimnasia, deporte o cualquier ejercicio físico?
- P. Sí, algunas tardes hago ejercicios de gimnasia, voy a correr o practico natación. Sin embargo, yo no siento que me vaya a dar un ataque de pánico a pesar de tener la respiración acelerada.
- T. Estoy seguro de que tú misma puedes responderte esa pregunta. ¿Te acuerdas de lo que dijimos que era sobrerrespirar?
- P. Sí, era respirar muy deprisa, tomar más aire del necesario.
- T. Exactamente, tomar más aire del necesario. Cuando una persona hace ejercicio físico, en sentido estricto no está sobrerrespirando, aunque tenga una respiración agitada, porque su metabolismo está necesitando más oxígeno para poder realizar ese ejercicio físico. La persona está respirando lo que necesita, por lo que no tiene las sensaciones desagradables que son frecuentes cuando se sobrerrespira. En resumen, cuando haces ejercicio físico no sobrerrespiras, aunque externamente parezca lo mismo.
- P. O sea que a diferencia de cuando estoy haciendo deporte, durante un ataque de pánico no necesitaría tomar tanto oxígeno.
- T. En el momento de la crisis, tú puedes estar en una situación en la que físicamente tu metabolismo no necesite tanto oxígeno. ¿Te acuerdas que cuando hicimos la prueba de la hiperventilación, tú estabas aquí sentada? Físicamente no necesitabas tanto oxígeno, sin embargo al tomarlo en exceso te empezaste a sentir mal.
- P. Sí.
- T. ¿Te acuerdas del mecanismo que se daba con la hiperventilación, del cambio del pH de la sangre, que, a su vez, producía una serie de sensaciones?
- P. Sí.
- T. Cuando tú estás haciendo deporte, la sangre ha necesitado determinado nivel de oxígeno para que todos los miembros puedan moverse con agilidad, por lo tanto no hay acúmulo, no hay exceso de oxígeno, no te cambia el pH de la sangre y, por lo tanto, no se produ-

can esas sensaciones. Además existe otro factor, cuando haces ejercicio sabes muy bien a qué se deben las sensaciones que tienes. Tú sabes que todo el mundo cuando hace ejercicio tiene la respiración agitada, se cansa, y otras sensaciones. Por el contrario, cuando tienes un ataque de pánico, por ejemplo, en la cola del supermercado o en el sillón de tu casa, tú no sabes a qué se deben esas sensaciones.

- P. Entonces, ¿eso significa que haciendo ejercicio físico no me puede dar un ataque de pánico?
- T. No es que haciendo ejercicio físico no te pueda dar un ataque de pánico, no es exactamente eso, lo que intento decir es que la respiración agitada que se realiza haciendo ejercicio no tiene por qué ser excesiva, por lo que no, necesariamente, se van a producir las sensaciones habituales de la hiperventilación. Por lo tanto, será más difícil que tú interpretes tu estado físico de forma negativa, será más difícil tener un ataque de pánico. Pero quiero que sepas que también se puede tener una crisis haciendo ejercicio físico o después de hacerlo.
- P. Por ejemplo, si yo haciendo deporte interpretara lo que me pasa como que me va a dar un ataque cardíaco, posiblemente sí que tendría una crisis.
- T. Posiblemente sí, pero fíjate bien que no te suele ocurrir porque tú sabes muy bien a qué se deben esas sensaciones, puedes atribuir las a algo que consideras normal.
- P. Claro.
- T. De todos modos, esto que vemos tan claro teóricamente lo podemos comprobar. Vamos a hacer una prueba, te voy a pedir que subamos y bajemos las escaleras corriendo dos veces y luego me vas a decir cómo te sientes y cómo interpretas tú esas sensaciones. ¿Estás de acuerdo?
- P. Bueno, no me apetece mucho, pero de acuerdo.

Paciente y terapeuta realizan este ejercicio. Vuelven al despacho.

- P. ¡Ay!, no puedo más, me vas a matar.
- T. ¿Cómo va tu respiración?
- P. Deja la ventana abierta, tengo mucho calor, estoy sofocadísima.
- T. Bien, como ves, estás respirando rápidamente.
- P. Sí, sí.
- T. ¿Qué sensaciones tienes?
- P. Pues cansancio, respiración agitada, debilidad en las piernas, taquicardia.
- T. Pero ¿cómo estás interpretando ahora esas sensaciones?
- P. Bien.
- T. ¿Qué crees que te hubiera ocurrido si esta sensación, este cansancio te hubiera ocurrido en una situación completamente normal? ¿Cómo lo hubieras interpretado? Tú, de repente, te empiezas a sentir así, estando sentada en el sillón viendo la televisión.
- P. Fatal, porque habría pensado que me estaba ocurriendo algo terrible, no encontraría motivos para sentirme así.
- T. ¿Me quieres decir que la interpretación que tú haces en una situación, en la que tienes determinadas sensaciones, es lo que hace que tú te sientas peor?, ¿es eso lo que quieres decir?
- P. Sí, además yo lo tengo muy claro, cuando hago deporte o ahora que hemos estado subiendo y bajando las escaleras yo tenía claro que las sensaciones que tenía eran por algo en concreto... pero el problema está cuando me da en el supermercado, no me lo espero y me ahogo sin más. Ahora creo que lo tengo todo más claro.
- T. Me alegro mucho. Se trata de eso; de tener experiencias para poner a prueba lo que tú piensas en los momentos de crisis.

Aunque dentro del programa de tratamiento del TP hacemos la prueba de hiperventilación, una sesión antes del entrenamiento en respiración lenta, nos referimos a ella como introducción de esta técnica de control de la ansiedad. El procedimiento que seguimos es el siguiente: se le pide al paciente que recuerde qué ocurrió durante la prueba de hiperventilación y se le pregunta cómo piensa que podría evitar los efectos de la hiperventilación en una crisis. Cuando el paciente dice que seguramente debería respirar de otro modo más lento, se le dice que precisamente una de las estrategias que va a aprender en terapia es un ritmo de respiración lenta y superficial opuesto a la hiperventilación. La aplicación de este ritmo tendrá el mismo efecto que la bolsa auxiliar cuyo manejo se le enseñó en la prueba de hiperventilación, a saber, reducir el índice de oxígeno y aumentar el de dióxido de carbono.

Se le comenta al paciente cómo debe realizarse esta nueva respiración alternativa, y el terapeuta hace de modelo. Para ello, ambos oyen una grabación de 5 minutos en la que se marca un ritmo con las palabras *inspire-expire*. Hay dos ritmos: uno de 8 respiraciones por minuto y otro de 12 respiraciones. El paciente prueba con ambos ritmos y señala cuál le resulta más cómodo. Una vez nos hemos asegurado de que el paciente sabe cómo realizar esta nueva pauta de respiración, le decimos que vamos a realizar una prueba cuyo objetivo es que comprenda mejor la utilidad de la respiración lenta. Hacemos hiperventilar al paciente y le avisamos de que levante el brazo cuando empiece a tener sensaciones desagradables. Cuando lo hace, le pedimos que siga el ritmo de respiración lenta que le hemos enseñado y que está grabado en el casete. El paciente debe levantar el brazo cuando, de nuevo, se sienta bien. Al terminar la prueba, se le da *feedback* al paciente del tiempo que le ha costado eliminar o reducir las sensaciones desagradables, producidas por la hiperventilación, y se le pregunta si cree que éste puede ser un modo de controlar el pánico.

Es muy importante avisar al paciente de la necesidad de practicar este ritmo de respiración en su casa. Se trata de una habilidad que debe aprender y, en la medida en que practique, la automatizará. Para ello, le pedimos que cada día de la semana siga este ritmo de respiración dos veces durante 20 minutos cada vez. Se le da una grabación, pero se le avisa de que la duración de la grabación es de 5 minutos. Por lo tanto, empezará ayudado por la grabación y continuará él solo. Esto tiene por objeto ir automatizando, progresivamente, el ritmo sin ayuda externa, tal como seguramente deberá utilizarlo en la crisis. Por otra parte, durante la primera semana el paciente deberá practicar el ritmo en un lugar tranquilo de su casa, sentado o tumbado. La segunda semana lo practicará andando, o en posición de pie, en su casa. Y en la tercera semana, ya podrá practicar el ritmo por la calle o en cualquier situación. Cada uno de estos tipos de aplicación de la respiración lenta es modelado por el terapeuta en sucesivas sesiones, quien debe avisar al paciente de que el ritmo de la respiración lenta, forzosamente, tendrá que ser algo mayor cuando la haga mientras anda o hace alguna actividad. El objetivo es conseguir la generalización de la habilidad aprendida, para que el paciente sea capaz de utilizar la respiración lenta en cualquier situación.

Uno de los problemas más frecuentes que suelen presentar los pacientes respecto a la respiración lenta es el miedo a estar respirando demasiado poco durante el entrenamiento, con la consiguiente posibilidad de morir asfixiado. A menudo, los pacientes preguntan si pueden inspirar más profundamente para evitar esa sensación. El terapeuta debe indicar que esto es posible, siempre y cuando se aseguren de que expulsan todo el aire que han tomado para evitar la hiperventilación. La razón de que se les pida que inspiren poco es hacer que los efectos de la respiración lenta sean más rápidos, ya que cuanto menos se inspire y más se espire, más pronto se reducirá la descompensación entre oxígeno y dióxido de carbono que se produce con la hiperventilación. Aun así, para tranquilizarlos respecto a la imposi-

bilidad de estar respirando demasiado poco, puede resultar útil realizar una prueba consistente en pedir al paciente que intente retener la respiración (tomando o no previamente aire) hasta que se le avise, insistiendo en que, por favor, es importante que no vuelva a respirar hasta que se le indique. Se le puede decir que levante el brazo cuando sienta que casi no puede aguantar más, pero que espere la señal antes de hacerlo. Entonces, el terapeuta hace como que mide el tiempo, si el paciente levanta el brazo le pide que espere un poco más, pero no da nunca la señal de respirar. Finalmente, el paciente, sin poderlo evitar, suelta el aire bruscamente y respira. Entonces se le pregunta muy seriamente al paciente por qué ha respirado si no se le había dado permiso. El paciente suele informar que por más que lo ha intentado no ha podido evitar respirar. El terapeuta le pregunta entonces qué conclusión puede extraer de esta experiencia. Llegando a la idea de que es imposible autoasfixiarse respirando demasiado poco, porque existe siempre una cantidad basal de oxígeno en los pulmones que es imposible expulsar a voluntad y además, un reflejo cerebral hace que se produzca un espasmo que obliga a respirar cuando llega poco oxígeno al cerebro, como ha podido comprobar con este ejercicio.

Algunos pacientes expresan dificultades para pasar bruscamente de una respiración agitada o alterada al ritmo de respiración lenta. A estas personas hay que señalarles que es totalmente normal que esto les ocurra. Es fisiológicamente imposible evitar una cierta inercia que hace que los cambios corporales sean progresivos. Pero si siguen intentándolo podrán comprobar que, poco a poco, van disminuyendo su ritmo de respiración. Finalmente, en otros casos, la respiración lenta puede hacer que el paciente focalice excesivamente la atención en su ritmo de respiración, intentando controlar algo que debe funcionar normalmente como un automatismo. El grado de focalización puede llegar a ser tal que haga que la respiración se vuelva algo muy angustioso para el paciente. Habitualmente, este problema responde a dos razones. Una es el temor del paciente a respirar demasiado poco, aspecto que ya hemos explicado anteriormente. La otra es la consideración de la respiración lenta como la salvación, el paciente se agarra a la respiración lenta como a un clavo ardiendo para controlar sus ataques de pánico y piensa que debe estar continuamente alerta respecto a su respiración, para que en el momento en que se altere lo más mínimo, contraponer la respiración lenta. En estos casos, el paciente está entendiendo mal el sentido de esta técnica y el terapeuta debe aclararle que la función de la respiración lenta es meramente paliativa, esto es, esta técnica permite reducir la intensidad de las sensaciones corporales con cierta rapidez haciendo que sea menos probable la interpretación catastrófica de las sensaciones, pero por sí sola no nos garantiza evitar la crisis. En este sentido, el paciente debe entender, ante todo, que, aunque no aplicara ninguna técnica para reducir la intensidad de sus sensaciones, no le pasaría nada terrible, y una vez comprendido esto, resulta que, además, existen una serie de técnicas que pueden ayudarlo a reducir su malestar, como es el caso de la respiración lenta.

Independientemente de los problemas que pueden surgir con el entrenamiento en respiración lenta, esta técnica resulta de gran valor en el tratamiento del pánico por varias razones:

- su eficacia: reduce de modo notable, en la mayoría de los casos, las sensaciones corporales que son producto de la hiperventilación;
- la rapidez de sus efectos: en apenas unos minutos la intensidad de las sensaciones suele disminuir de manera importante;
- su sencillez, que permite aprenderla y aplicarla sin ninguna dificultad;
- su fácil utilización en cualquier situación, sin que la persona tenga que retirarse a un lugar apartado para aplicarla.

Capítulo 7

El entrenamiento en técnicas de distracción

La autoatención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en el TP. Las personas que han tenido la desagradable experiencia de sufrir un ataque de pánico, a menudo establecen una especie de sistema de alarma, o estado continuo de alerta ante el más mínimo cambio que se produzca en un frágil equilibrio somático y emocional que se esfuerzan por mantener a toda costa. Es de este modo como los pacientes con TP aprenden a temer a su propio cuerpo o a sus propias reacciones fisiológicas, ya que en alguna ocasión se han visto incapaces de controlarlas y, permanentemente, vigilan por si se ha producido alguna alteración. Hasta tal punto se incrementa la hipervigilancia o la conciencia corporal de estas personas, que una buena parte de las crisis que se producen son desencadenadas por ligeros cambios totalmente normales en su funcionamiento fisiológico, como una arritmia cardíaca o un ligero incremento de pulsaciones, cambios que a otra persona sin historia de ataques de pánico le pasarían totalmente desapercibidos y que el paciente con pánico detecta con gran precisión, aunque los interprete con gran imprecisión o con grandes errores.

Cada vez es más abundante la literatura que estudia el papel de la atención en los problemas de ansiedad. Distintos términos utilizados por distintos autores como el de «hipervigilancia» utilizado por Clark (1983), el de «atención selectiva» utilizado por Ehlers (1991), el de «autoconciencia» de Carver y Scheier (1981), el de «introspección» de Mechanic (1983) o el de «conciencia corporal» de Miller, Murphy y Buss (1981) hacen referencia, con pequeños matices diferenciales, a un mismo hecho, la importancia de la autoatención como un predisponente o una consecuencia de la ansiedad y concretamente, la tendencia que presentan los pacientes con TP a focalizar su atención en su propio cuerpo, durante prácticamente todo el día y también durante toda la noche mientras duermen. Sin entrar con más detalle en el tema de la existencia, o no, de sesgos atencionales específicos para los pacientes con TP y diferenciados de los pacientes con otros problemas de ansiedad, sí que tenemos que decir que; desafortunadamente, el avance en el conocimiento del papel de los sesgos atencionales en la ansiedad, no ha ido acompañado por el desarrollo de estrategias terapéuticas novedosas que permitan modificar directamente

estas tendencias atencionales.¹ Realmente, ésta es una importante crítica (cada vez más compartida) que se hace a los actuales programas cognitivocomportamentales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, esto es, se observa un desfase entre las estrategias de intervención y los conocimientos logrados en el marco de la psicología cognitiva experimental.²

En otro orden de cosas, y centrándonos en el paciente con pánico, ya hemos dicho en un capítulo anterior que, en ocasiones, el paciente puede tener serios problemas en una crisis para sustituir los pensamientos catastróficos por otros pensamientos alternativos más realistas, dada la dificultad para concentrarse y razonar que suele producirse en un ataque de pánico. A veces, realizar los ejercicios de respiración lenta pueden ayudar a disminuir la ansiedad, para así poder aplicar las estrategias de discusión cognitiva. Pero en otras ocasiones también podría ser útil, simplemente, intentar dejar de pensar por un momento en el ataque de pánico, dirigiendo la atención hacia otro estímulo.

Nos encontramos, por tanto, ante la necesidad de una estrategia que intente acometer un doble objetivo. Por un lado, ayudar al paciente a desviar la atención que centra en sus propias sensaciones, hacia otro estímulo que pueda competir con el amenazante en cuanto a demanda atencional. Por otro lado, permitirle dejar de pensar en las interpretaciones catastróficas en un momento en que le puede resultar difícil pensar de un modo más racional. Este doble objetivo es el que pretende cumplir o satisfacer el entrenamiento en técnicas de distracción.

Casi todos los pacientes han utilizado de modo espontáneo e intuitivo alguna forma de distracción en sus crisis antes de llegar a consulta. Sin embargo, puede ayudarles un entrenamiento más exhaustivo o específico. Nosotros solemos comenzar este entrenamiento con la realización de un experimento comportamental que lleve a la comprensión, por parte del paciente, del papel de la autoatención en una crisis. Por ejemplo, pedimos al paciente que cierre los ojos y se concentre durante unos minutos en su propio corazón, intentando captar sus palpitaciones o su pulso. Le decimos que cuando las sienta nos avise levantando el brazo. Nuestra experiencia nos dice que no siempre es fácil para los pacientes detectar sus palpitaciones, ya que suelen encontrarse relajados en terapia y, por lo tanto, su ritmo cardíaco suele ser sosegado. Por ello, un modo de asegurarse de que el ejercicio va a tener el resultado esperado es incrementar previamente la actividad fisiológica de algún modo, con algún ejercicio físico o con una breve hiperventilación.

Por otra parte, existen otras variantes de este mismo experimento. Por ejemplo, también se le puede pedir al paciente que intente concentrarse en la sensación de estabilidad o inestabilidad mientras permanece de pie. Al igual que ocurre con el temblor de manos, resulta fácil sentirse inestable o sentir que uno se balancea ligeramente cuando nos centramos en ello. En cualquier caso, se utilice una u otra tarea, una vez el paciente nos avisa de que ha captado la sensación, se le pide que rápidamente intente describir en voz alta, y con todo lujo de detalles, un objeto que se encuentre en el despacho y que tenga cierta complejidad estimular (por ejemplo, un cuadro y no un bolígrafo). A veces, los pacientes pueden ser muy parcos en la descripción y decir por ejemplo: «Pues es un cuadro». En ese caso, el terapeuta

les debe recordar que analicen en profundidad todas las dimensiones o cualidades del objeto: tamaño, situación, número, textura, color, forma, contenido... Cuando el paciente lleva un tiempo describiendo el objeto y parece concentrado en esta tarea, se le pregunta si todavía es consciente de su corazón o de su sensación de inestabilidad. Generalmente, la actividad le ha distraído de su corazón y el paciente ya no es consciente de su funcionamiento, al menos ya no está pendiente de él. Entonces, el terapeuta pregunta al paciente si cree que se podría extraer alguna conclusión del ejercicio que ha hecho. Básicamente, terapeuta y paciente deben discutir dos ideas fundamentales: la primera, es que la autoatención corporal es un factor de primer orden en el origen de las crisis y en el mantenimiento del TP; la segunda, es que cuando una persona dirige su atención a un estímulo diferente del que le produce temor y consigue concentrarse en él, disminuye su conciencia acerca de la existencia del estímulo amenazante.

Entonces, el terapeuta le propone al paciente aprender un repertorio de técnicas de distracción que pueden ayudarle a dejar de atender a los estímulos amenazantes. Es importante que el terapeuta ayude al paciente, con el gráfico del círculo vicioso del pánico delante, a darse cuenta de que las técnicas de distracción se pueden utilizar, tanto para evitar atender sensaciones corporales, como pensamientos; y tanto, cuando ya se está produciendo el ataque de pánico, como cuando se está percibiendo la amenaza de un determinado estímulo desencadenante del que uno es consciente (por ejemplo, cuando una persona está comenzando a preocuparse por un dolor muscular que le parece extraño o anormal, o cuando está empezando a anticipar su futuro laboral, etc.). Con mucha frecuencia los pacientes mantienen una cierta contradicción respecto a las técnicas de distracción. Por un lado, suelen ser muy incrédulos respecto a la posibilidad de distraerse en un momento de tanta ansiedad como es la crisis. Sin embargo, por otro lado, indagando en su experiencia, casi todos ellos pueden relatar alguna ocasión en que un estímulo distractor consiguió apartar su mente de sus sensaciones corporales. Aprovechando, por tanto, su propia experiencia, se le puede indicar al paciente que lo que se va a hacer es clasificar y estructurar de algún modo algunos tipos de técnicas de distracción. Generalmente, se establecen cinco tipos de técnicas:

- Centrarse en un objeto: Se trata de describir con todo detalle cualquier objeto, aludiendo a su forma, color, tamaño, textura, número de objetos iguales que hay en la habitación. Es importante que se le indique al paciente que elija siempre un objeto con cierta complejidad con el fin de que pueda absorber su atención. Lo mismo es válido para todas las técnicas de distracción. Para que pueda entender la razón, se le puede explicar que la atención es un recurso limitado, como la potencia eléctrica que hay en una casa. El paciente habrá podido comprobar que, cuando se conecta a la corriente un aparato que consume mucha energía, como un radiador eléctrico, la intensidad de la luz de la lámpara disminuye, mientras que si se conecta un aparato que no consume casi energía como una radio, no se altera la luz de la lámpara. Lo mismo ocurre con la atención. Si se fija en un estímulo que le resulte muy simple, podrá estar atendiendo a ese estímulo, a la vez que sigue preocupándose por sus sensaciones, sin que un estímulo reste atención al otro.
- Conciencia sensorial: Esta técnica engloba, de algún modo, a la anterior. Consiste en hacer un recorrido por todos los sentidos intentando agudizarlos y hacer consciente lo que, generalmente, no percibimos conscientemente. Esto incluye describir todo lo que el paciente ve y oye, pero además, el paciente debe describir los olores que nota, el gusto de su boca y el tacto que siente en sus manos y el resto del cuerpo.

1. Recientemente, y con motivo de la estancia de un miembro de nuestro equipo en Australia, hemos podido saber que el equipo de Colin McLeod está diseñando algunas técnicas orientadas en este sentido.

2. Nuestro grupo está llevando a cabo una investigación centrada precisamente en averiguar si existen sesgos atencionales específicos del trastorno de pánico y en caso de que los haya, si éstos se ven modificados con la intervención terapéutica.

Es algo así como abrir todos los poros del cuerpo y sentir todo lo que nos transmiten nuestros sentidos. Dentro de la sesión, el terapeuta puede pedir al paciente que se centre primero en todo lo que puede ver, todo lo que incluye su campo visual hasta el menor detalle. Después, cerrando los ojos, puede prestar atención a todo lo que se oye, ¿son voces humanas?, ¿de hombres o de mujeres?, ¿hablan o discuten?, ¿están cerca o lejos?, ¿son conocidos o no?, ¿se oye también una moto? El paciente percibirá fácilmente sonidos de los que no era consciente mientras hablaba con el terapeuta. Seguidamente, el gusto. Siempre tenemos un determinado sabor o gusto en la boca: dulce, amargo, salado, picante.... Cuando estamos comiendo este sentido está especialmente activado, así que éste es uno de los sentidos que pueden ser más útiles para distraerse en las crisis que ocurren en medio de una comida familiar o de negocios. Después, el olfato, uno de los sentidos más primitivos y más olvidados. El olor de las cosas, en ocasiones, es capaz de transmitirnos emociones intensas y de trasladarnos a situaciones muy remotas (en el espacio o en el tiempo). En todos los lugares huele a algo; a cerrado, a polvo, a productos de limpieza, a hierbas, a tierra mojada, a monóxido de carbono, a comida, a perfume.... Se trata de explorarlo. Y, por último, el tacto. El terapeuta puede llamar la atención del paciente, por ejemplo, respecto a cómo está tocándose la cara con la yema de sus dedos, sin ser consciente de sensaciones como la temperatura y la textura de su piel. Pero el tacto no sólo es lo que nos transmite la yema de nuestros dedos. También lo es el roce de la ropa en nuestro cuerpo o la presión de un miembro sobre otro, o la caricia de un mechón del cabello sobre la frente... A pesar de que la técnica de la conciencia sensorial suele resultar de entrada muy atractiva a los pacientes cuando se les presenta, hay que saber que, en algunos casos, su uso presenta inconvenientes, ya que puede facilitar que el paciente se centre en las sensaciones molestas que resultan de la hiperventilación o de la ansiedad, con lo cual se puede intensificar la focalización atencional del paciente, que es justamente lo que deseamos evitar.

- Ejercicios mentales: A través de esta técnica de distracción se trata de que el paciente lleve a cabo cualquier actividad mental que requiera la suficiente dosis de atención para que se distraiga de su propio cuerpo. Algunos ejemplos de ejercicios mentales pueden ser pequeños juegos como: contar de cero a cien de tres en tres; o, si esto resulta demasiado sencillo, descontar de mil a cero de siete en siete, nombrar animales por orden alfabético, buscar palabras que empiecen por determinada letra, etc. Esta es otra de las técnicas de distracción en la que resulta más importante ajustar el nivel de dificultad de la tarea. Si resulta muy sencilla no será útil, pero si es demasiado compleja como para que una persona en un estado de ansiedad y con su capacidad de pensamiento limitada pueda realizarla, sólo servirá para angustiar más a la persona, haciéndola consciente de las limitaciones que le impone su ansiedad.
- Actividades absorbentes: Con esta técnica se trata de realizar cualquier actividad lo suficientemente absorbente como para que la persona se descente de su ansiedad. No es una técnica especialmente novedosa. Su efecto ya está recogido en el viejo refrán de «El que canta, su mal espanta». Es conveniente aconsejar una actividad que se encuentre en el repertorio habitual de la persona; para lo cual es preferible preguntar a los pacientes. A lo largo de nuestra experiencia clínica, nos hemos encontrado con gran variedad de actividades capaces de absorber la atención de los pacientes y hay que enfatizar que, en ocasiones, estas actividades pueden ser muy específicas. Por ejemplo, recordamos un paciente que sólo se distraía, realmente, de su sensación de

mareo cuando jugaba con su hijo pequeño, pero no con el mayor. Un joven solía utilizar un juego magnético de bolsillo. Otro paciente prefería jugar al tenis. Para una señora, la actividad absorbente era llamar a la puerta de la vecina y engancharse a hablar con ella. Pueden ser actividades de muchos tipos, que incluso se pueden combinar para incrementar su demanda atencional: planchar la ropa, cantar, hacer puzles, crucigramas, jugar al ajedrez, a las cartas, ver la televisión, leer un libro, charlar con alguien.... Además, el paciente tiene la posibilidad de pensar qué tipo de actividad podría hacer en las diferentes situaciones en que suele tener sus crisis.

- Recuerdos y fantasías agradables: Junto con la técnica de la conciencia sensorial, ésta es una de las más problemáticas, aunque por una razón diferente. A través de ella, el paciente debe dejarse llevar por un recuerdo (algo ya ocurrido en el pasado) o una fantasía (algo por venir) agradable que le permita dejar de pensar en sus sensaciones corporales. Para introducir esta técnica se le puede preguntar al paciente si alguna vez se ha encontrado bien de ánimo y con una simple imagen que haya visto o le haya pasado por la cabeza, le ha cambiado el humor: «Por ejemplo, te voy a pedir que, de repente, pienses en una imagen asociada a algún familiar tuyo que ha fallecido. ¿Cómo te sientes? ¿Se ha producido algún cambio en tu estado emocional?». Después se le puede hacer pensar en el caso contrario: «¿Alguna vez te ha sucedido que has ido andando por la calle, te ha venido la imagen de algo divertido que te ocurrió y no puedes evitar que te salga una sonrisa, a pesar de intentar evitarla porque te estás cruzando con otra persona que va a pensar que estás loco?». Cuando el paciente reconoce haber tenido experiencias de este tipo, se le comenta que la presente técnica simplemente consiste en eso, en tener preparadas algunas imágenes de escenas agradables, de manera que, sólo evocándolas, pueda distraerse de las sensaciones y pensamientos amenazantes, y cambiar las emociones negativas por otras más positivas. Algo importante para la aplicación de esta técnica es que la imagen creada o recordada por el paciente sea vívida y, para ello, hay que dar la instrucción de que explore todas las cualidades de la situación imaginada: color, sonidos, forma, tacto, olores.... La mayor diferencia de esta técnica, respecto a las anteriores, es que no pretende distraer la atención con un estímulo alternativo de carácter neutro, como puede ser contar números o hacer un crucigrama, sino atraer la atención hacia un estímulo que emocionalmente tiene una valencia positiva y, por lo tanto, está más alejado del estímulo amenazante, desde el punto de vista de la valencia emocional. Ahí precisamente reside la dificultad de esta técnica. Resulta mucho más sencillo implicarse en una tarea emocionalmente neutra y mecánica en un momento en que prevalece la ansiedad y el miedo, que conseguir imaginar una escena que lleva aparejada una emoción positiva.

Como se puede observar, todas las técnicas de distracción tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Todas ellas son introducidas por el terapeuta a través de experimentos comportamentales, en los que se centra la atención del paciente en su cuerpo y después se le pide que lleve a cabo la técnica de distracción. Al igual que sucedía con la respiración lenta, es importante avisar al paciente de la importancia de practicarlas, observando cuáles de ellas consiguen distraerle más y pensando en qué situaciones podría aplicar cada una de ellas. Una vez más, se trata de una habilidad que conviene automatizar.

El Desorden de Pánico

Manual de tratamiento cognitivo para el consultante

Lic. Marcelo Agustín Mombelli

INTRODUCCION	Pág. 2
¿EN QUÉ CONSISTE EL PLAN DE TRATAMIENTO COGNITIVO?	Pág. 2
PASO 1. ENTENDER EL PÁNICO	
¿QUÉ ES UN ATAQUE DE PÁNICO?	Pág. 4
EXPLICACIÓN DE LAS SENSACIONES EN UN ATAQUE DE PÁNICO	Pág. 5
LA SECUENCIA DEL PÁNICO	Pág. 8
COMPONENTES DE LA ANSIEDAD Y EL PÁNICO	Pág. 11
LA IMPORTANCIA DE LOS PENSAMIENTOS	Pág. 12
LA AGORAFOBIA	Pág. 13
PASO 2. ESTRATEGIAS DE RELAJACIÓN Y DISTRACCIÓN	
CONTRARRESTANDO LOS EFECTOS DE LA HIPERVENTILACION	Pág. 15
RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA	Pág. 15
RELAJACIÓN MUSCULAR	Pág. 17
DISTRACCIÓN O REDIRIGIR LA ATENCIÓN	Pág. 20
PASO 3. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
COMO DESCUBRIR Y CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS CATASTRÓFICOS	Pág. 22
AUTOINSTRUCCIONES PARA AFRONTAR EL PÁNICO	Pág. 24
CÓMO CONSTRUIR SU HOJA DE AUTOINSTRUCCIONES PERSONALIZADA	Pág. 25
PASO 4. DESENSIBILIZACIÓN INTEROCEPTIVA	
EJERCICIOS PARA PROVOCARSE LAS SENSACIONES TEMIDAS	Pág. 27
PASO 5. EXPOSICIÓN EN VIVO	
CÓMO LLEVAR A CABO LA EXPOSICIÓN	Pág. 30
CONSEJOS PARA FACILITAR LA EXPOSICIÓN	Pág. 33
BIBLIOGRAFIA	Pág. 35

INTRODUCCIÓN

Cuando sobreviene un ataque de pánico, existe una sensación de que se puede morir o perder completamente el control. El cuerpo reacciona con una cantidad de síntomas que pueden incluir el corazón acelerado, calor, transpiración, falta de aire, sensación de desmayo, etc. Para muchas personas que sufren de pánico, los sentimientos, los sentimientos de irrealidad y despersonalización son los más amenazantes de todos porque son interpretados como signos de locura.

Los ataques de pánico frecuentemente sobrevienen sin aviso, como resultado, las personas con tendencia al pánico viven en constante estado de alerta. Algunos tratan de cualquier situación en la cual se sientan vulnerables al pánico. Esto explica por qué un pánico no tratado a veces llega a la agorafobia –el miedo a salir y a encontrarse en lugares donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso. Quedando confinados en sus domicilios.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PLAN DE TRATAMIENTO COGNITIVO?

Afortunadamente, en los últimos 20 años importantes avances en la terapéutica del pánico por varios especialistas estadounidenses e ingleses hicieron que este problema sea altamente tratable, con tasas de éxito que rondan el 90% de los casos tratados.

Estos enfoques de tratamientos, llamados **cognitivos**, o **cognitivo conductuales**, usualmente involucran los siguientes pasos:

PASO 1: ENTENDER EL PÁNICO.

Se le brindará la información respecto de la ansiedad, el pánico y su papel en la supervivencia. También aprenderá a identificar su propia secuencia del pánico de acuerdo con los síntomas que usted experimente. A esta fase la llamamos "**psicoeducación**", puesto que tiene como objetivo que usted conozca todos los aspectos relacionados con este desorden. Esa fase de tratamiento fue la que ya hemos desarrollado hasta ahora, explicando qué es un ataque de pánico, cómo funciona la secuencia del pánico y explicando lo adaptativo de la ansiedad.

PASO 2. ESTRATEGIAS DE RELAJACIÓN Y DISTRACCIÓN

Luego le enseñaremos técnicas de control de la activación ansiosa, tales como la relajación y la **respiración diafragmática**. Esto tiene como fin que usted tenga la sensación de que puede controlar lo que hasta ahora le resultaba incontrolable. También podrá aprender algunas técnicas de distracción con el mismo fin.

PASO 3. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

En una tercera etapa le enseñaremos a identificar sus **pensamientos catastrofistas** y mantenedores de la ansiedad. Esta es la parte eminentemente cognitiva de la terapia. Aquí aprenderá a "dejar de asustarse as sí mismo" con declaraciones ansiógenas.

PASO 4. DESENSIBILIZACIÓN INTEROCEPTIVA

Luego, seguiremos por los **ejercicios para provocarse las situaciones temidas**. El objetivo aquí es demostrar que las sensaciones temidas en el pánico son inocuas y que pueden provocarse artificialmente en su propia casa. Con esto queremos que usted se habitúe a esas sensaciones y deje de temerlas

PASO 5. EXPOSICIÓN EN VIVO

Finalmente procederemos a la **exposición real** a las situaciones evitadas. El terapeuta podrá acompañarlo al principio para realizar estas exposiciones. Usualmente tienen lugar en predios cerrados tales como subterráneos, centros comerciales, supermercados, o lugares donde existe aglomeración de personas. El objetivo es que se habitúe a estos lugares y deje de evitarlos. También le enseñaremos de qué manera debe hablarse a usted mismo mientras se encuentra expuesto a estas situaciones. A esto lo denominamos **autoinstrucciones**.

PASO 1. ENTENDER EL PÁNICO

¿QUÉ ES UN ATAQUE DE PÁNICO?

En este apartado explicaremos cómo se producen los ataques de pánico y qué se puede hacer para superarlos.

Llamamos ataques de pánico a la aparición repentina de miedo o malestar intenso, acompañado de una o más **sensaciones internas** como: palpitaciones, taquicardia, sudor, temblores, sacudidas, ahogo, opresión en el pecho, mareo, náuseas o molestias abdominales, sequedad de boca, sensación de que percibe las cosas o se percibe a usted mismo en forma extraña, palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca, etc.

Estas crisis se acompañan de un sentimiento de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. En el momento de la crisis, la persona que la sufre cree que está a punto de morir, de tener un infarto; o bien de **perder el control o de volverse loco**.

¿Cómo se llega a esto?

Los ataques de pánico son la **respuesta de alarma** de nuestro organismo ante un peligro. Si reaccionásemos con miedo, temblor, taquicardia, etc., porque alguien nos ataca con un arma, consideraríamos nuestra reacción de terror y las sensaciones internas que lo acompañan, como algo normal.

Cuando el cerebro percibe un peligro, ya sea real o imaginario, automáticamente se pone en marcha el **sistema de alarma**; es decir, se activa una parte de su sistema nervioso, que provoca diversos **cambios fisiológicos** con los que su organismo se prepara para afrontar el peligro tal como si se tratara de un peligro real. De esta forma, para cada cambio fisiológico que su cuerpo experimenta en una crisis de pánico **existe una explicación**, y todos estos cambios los hace su cuerpo para estar más preparado para "huir o atacar" de forma adaptativa, lo que sucede es que en las crisis de pánico el peligro no es real, y estas alteraciones fisiológicas pasan a ser la verdadera amenaza. Así, se forma lo que denominamos "La secuencia del pánico". Pero primero veamos a qué se deben las sensaciones temidas en el pánico.

EXPLICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN UN ATAQUE DE PÁNICO

Como dijimos en la sección anterior, una de las cosas que más miedo da a las personas que sufren de pánico, es la incertidumbre respecto del origen de las sensaciones. He aquí una breve explicación de cada una de ellas.

Síntomas	Pensamiento catastrófico	Realidad Médica
Taquicardia, palpitaciones	<i>"Voy a tener un infarto"</i>	Cuando estamos en peligro, real o imaginario, el corazón trabaja con mayor fuerza y rapidez. Así, envía más sangre a las zonas implicadas en la reacción de alarma, para que puedan funcionar mejor (huir o atacar), eliminar mejor las toxinas, etc.
Percibir las cosas de forma extraña, ver las luces con intensidad, etc.	<i>"Me estoy volviendo loco"</i>	Disminución de oxígeno en ciertas zonas del cerebro, debida a la hiperventilación. Dilatación de las pupilas que aumenta la visión periférica, facilitando así la percepción de posibles peligros.
Falta de aire	<i>"Me voy a asfixiar"</i>	Aumento de oxígeno en la sangre debido a la hiperventilación (justamente lo contrario de la asfixia)
Mareo	<i>"Si me paro me desmayo"</i>	Tensión de cervicales que disminuye el aporte de sangre a la cabeza. Efectos diversos de la hiperventilación. Hipotensión de etiología diversa (por ej., efecto secundario de la medicación).
Hormigueo en las extremidades, palidez:	<i>"Estoy demasiado débil para caminar, me voy a caer"</i>	La afluencia de sangre es mayor en los lugares donde puede ser más necesaria, dejando al resto del cuerpo con un riego menor. También de ese modo, si fuese herido sería menos propenso a desangrarse
		Tensión de los músculos intercostales debida a la hiperventilación o a mantener los pulmones demasiado llenos. Contracturas en

Opresión, dolor en el pecho	<i>"Es un ataque cardíaco"</i>	cervicales o dorsales que irradian el dolor a esas zonas. Posturas corporales incorrectas habituales.
Calor, sofoco, sudor, escalofríos	<i>"Acá viene el pánico"</i>	Aumento de la temperatura en las zonas más vitales y puesta en marcha del sistema de enfriamiento de nuestro organismo (sudor)
Temblor, pichazos, parestesias	<i>"Algo mal tengo"</i>	Tensión muscular excesiva
Dificultad para pensar en la forma habitual	<i>"Estoy perdiendo la razón"</i>	Cuando sentimos una emoción muy intensa, como el pánico, la ira, etc.; se produce un "secuestro emocional", que nos causa una dificultad transitoria para pensar y actuar en la forma en que habitualmente lo hacemos. Esa es la forma normal en que funciona nuestra mente y es útil cuando afrontamos una situación de peligro real
Náuseas o molestias abdominales	<i>"Voy a vomitar"</i>	Efectos normales de la ansiedad en el sistema digestivo. No suponen ningún peligro y mejoran en cuanto se reduce la ansiedad
Opresión o sensaciones extrañas en la cabeza	<i>"Me estoy volviendo loco"</i>	Disminución de oxígeno en ciertas áreas del cerebro. Contractura de cervicales que dificulta la irrigación sanguínea de la cabeza y que produce diversas molestias
Cansancio, agotamiento	<i>"Esto va a terminar por matarme"</i>	Mantenimiento de los músculos estirados y tensos durante mucho tiempo. Falta de sueño profundo y reparador
Cualquier sensación temida	<i>"Es un mal signo"</i>	La focalización de la atención en captarlas, aumenta la percepción de cualquier sensación (comprobarlo) Además, dado que las sensaciones temidas en el pánico son las propias de la ansiedad, cualquier pensamiento de que suponen un peligro, puede producirlas o incrementarlas.

Todos estos cambios, como ya se dijo, serían útiles y benéficos si se encontrase ante un peligro real.

Pero, si en vez de tomarlos como algo "normal", usted piensa que esas sensaciones son peligrosas, se activará aún más el sistema de alarma, y, por tanto, las sensaciones y el miedo aumentarán.

Veamos ahora la llamada "secuencia del pánico", que es la explicación final de lo que ocurre durante una crisis.

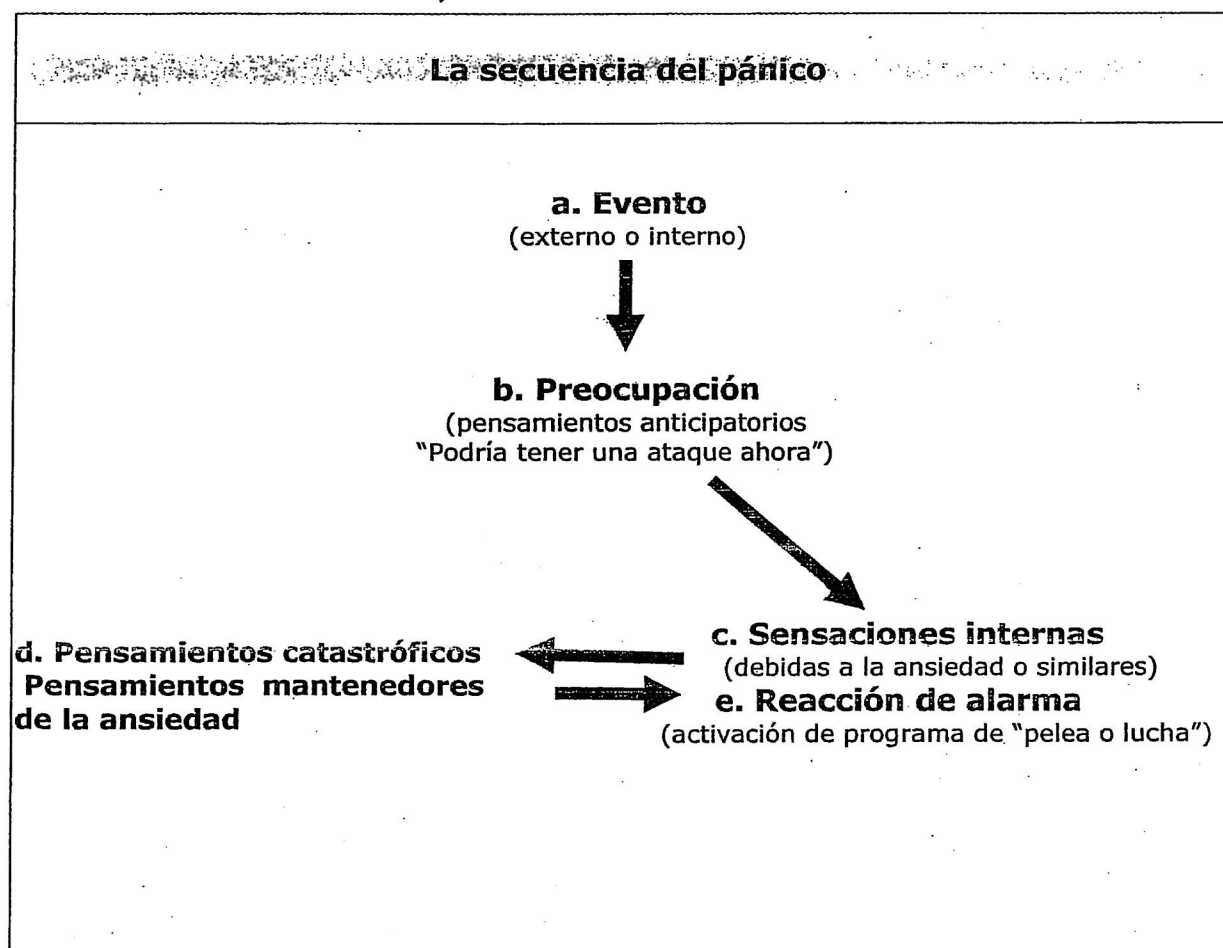
LA SECUENCIA DEL PÁNICO

Irónicamente, es la vigilancia y el miedo a los síntomas corporales lo que en realidad causa los ataques de pánico. El diagrama que sigue muestra cómo esto funciona en la realidad.

a. El pánico comienza con un **evento** que puede ser externo o interno. Los eventos externos incluyen desafíos o estresores, en definitiva situaciones en las cuales ya has experimentado pánico antes. Los eventos internos son los síntomas físicos que has comenzado a reconocer como precursores del pánico.

b. El evento dispara las **preocupaciones**. **Preocupaciones** típicas incluyen:

- ✓ "Oh no, la sala de reuniones está repleta, me voy a empezar a sentir mal, ¡Tal vez pierda el control!"
- ✓ "Espero que el avión no se quede mucho tiempo quieto, sino voy a enloquecer"
- ✓ "El supermercado está lleno los domingos, no voy a poder ir"
- ✓ "Mi corazón se está acelerando... ¿Qué pasa?"
- ✓ "Estoy mareado...No, acá viene otro ataque"
- ✓ "Me siento raro"



c. **Las sensaciones internas** que pueden dar lugar al pánico, suelen ser algunas de las ya explicadas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudor, escalofríos o sofocaciones; temblores o sacudidas; sensación de ahogo, de falta de aliento o de atragantamiento; opresión o malestar en el pecho; náuseas o molestias abdominales; mareo; inestabilidad; desrealización (sensación de irrealidad); despersonalización (sentirse como separado de uno mismo), o parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).

Estas sensaciones son, en principio, normales y típicas en la ansiedad; pero pueden alcanzar una intensidad mucho mayor, al ser interpretadas en forma catastrófica, como veremos al explicar el punto d del círculo.

d. **Los pensamientos catastróficos** responsables del pánico, suelen concretarse en la creencia de que las sensaciones internas (a) son peligrosas, y (b) de que al experimentarlas está a punto de morir, volverse loco o perder el control porque no puede enfrentarlas. En algunos casos, las interpretaciones no son catastróficas sino solo "**mantenedoras de ansiedad**" es decir, existen pensamientos tales como: "Uy, no acá viene de nuevo", "Hoy va a ser otro día difícil", etc.

e. Como señalábamos antes, la **reacción de alarma** (también llamada activación del programa de pánico) es un mecanismo **reflejo** del organismo (como la capacidad de succionar, respirar, etc.) cuya misión es ayudarnos a sobrevivir cuando afrontamos un peligro. La activación de ese sistema de alarma produce las emociones, sensaciones y conductas típicas del pánico. Sin embargo, esta reacción puede producirse aunque no exista un peligro real, basta con que creamos que estamos en peligro.

Pero, en las crisis de pánico, esta reacción de alarma se pone en marcha sin que exista un peligro real, por lo que también se les llama falsas alarmas. Estas **falsas alarmas** se producen porque se **evalúan como peligrosas** ciertas sensaciones internas que, en realidad, no pueden hacerle ningún daño y que **todos** podemos experimentar, en mayor o menor grado, cuando estamos nerviosos.

¿Cómo se pone en marcha la secuencia del pánico?

Si al notar alguna de esas sensaciones (por ej., percibir las cosas en forma extraña), piensa que significan que va a ocurrirle algo terrible (ej., que se está volviendo loco), usted se pondrá más nervioso y, por tanto, aumentan sus sensaciones (recuerde que son sensaciones típicas de la ansiedad).

Dicho de otra forma, al pensar que está en peligro se pone en marcha su sistema de alarma que, entre otras cosas, conlleva un aumento de las sensaciones internas.

Ese aumento de sensaciones, se suele interpretar como "prueba" de que su estado no es normal y de que algo malo le está pasando, con lo cual aumenta más aún su ansiedad y las sensaciones derivadas de ella; es decir, se activa con mayor fuerza su sistema de alarma. Así se forma la espiral, o círculo vicioso, que puede acabar en una crisis de pánico.

Si analiza todo eso, se dará cuenta de que: 1) las reacciones que experimenta cuando sufre una crisis de pánico son algo normal, dado que en ese momento usted está convencido de que se halla en peligro, y 2) la crisis se la provoca usted mismo, al interpretar como amenaza unas sensaciones normales, que aumentan en intensidad sólo en la medida en que se cree que se está en peligro. Algunas personas encuentran difícil detectar las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones que temen. Pero se ha demostrado que éstas pueden producirse sin que sean accesibles a la conciencia (como ocurre en la propaganda subliminal, que induce al consumo de determinados productos sin que uno se dé cuenta del mensaje que le lleva a consumirlos) En cualquier caso, los pensamientos catastrofistas suelen hacerse más conscientes si aprendemos a prestarles atención.

Al activarse la secuencia del pánico, la persona suele hacer ciertas cosas que cree que le ayudan a "conjurar el peligro" como: distraerse, tomar medicación, rezar o huir del lugar donde está. Al mismo tiempo, puede empezar a evitar las actividades o las situaciones, en que cree que es más fácil que aparezcan las sensaciones temidas. Son las llamadas conductas de **"búsqueda de seguridad"**.

Pero, como lo que teme es un "peligro" imaginario, lo único que consigue con esas "conductas de búsqueda de seguridad" es impedirle el poder comprobar que el desastre temido no ocurriría aunque no hiciese nada para evitarlo.

Si fuese capaz de decir "que venga la ansiedad y las sensaciones, a ver que pasa", se daría cuenta de que no pasa nada. Si dejara de hacer interpretaciones catastrofistas acerca de sus sensaciones internas, no se produciría la secuencia y, por lo tanto, no llegaría a tener un ataque de pánico.

Así, la secuencia del pánico empieza por una **sensación interna** inofensiva y sigue, automática e instantáneamente, con una **interpretación catastrofista** que hace que se ponga en marcha su **sistema de alarma**, lo que produce **más sensaciones** y más fuertes. De esta forma, la ansiedad se mantiene hasta que ella misma se desactiva (cosa que ocurre en forma natural) o hasta que usted hace algo para desactivarla; por ejemplo distraerse.

El primer ataque de pánico

El día en que experimentó su primer ataque de pánico, pudo ocurrirle algo que influyese en que notara sensaciones internas más fuertes de lo habitual (por estar nervioso, por haber tomado algún tóxico, etc.) También pudieron darse circunstancias que influyesen en que hiciera una primera interpretación catastrófica de las sensaciones internas que notó, y en que dicha interpretación se mantuviese en el tiempo. Lo más común es que alguien que conoce o del que oyó hablar, hubiese experimentado alguna enfermedad grave, cuyos síntomas le pareciesen similares a las sensaciones que usted notó al inicio de su primer ataque.

Después de este primer ataque, que suele suponer una experiencia aterradora, la persona que lo sufre puede quedar convencida de que tiene una enfermedad, física o mental, muy grave, cuyos síntomas pueden reaparecer en cualquier momento.

Por tanto, empieza a **autoobservarse continuamente** en busca de cualquier señal interna. Esa autoobservación hace más fácil que se note alguna sensación, y cuando la nota, se activa su creencia de que está en peligro, y así se pone en marcha la secuencia que puede llevar a un **nuevo ataque de pánico**.

COMPONENTES DE LA ANSIEDAD Y EL PÁNICO

La ansiedad es una **reacción normal**, con la que nos ha dotado la naturaleza, para ponernos a salvo cuando afrontamos algún peligro. La crisis de pánico o estado de ansiedad aguda es una reacción automática y refleja, cuya misión es ayudarnos a sobrevivir, y que se pone en marcha cuando percibimos un peligro grave e inminente.

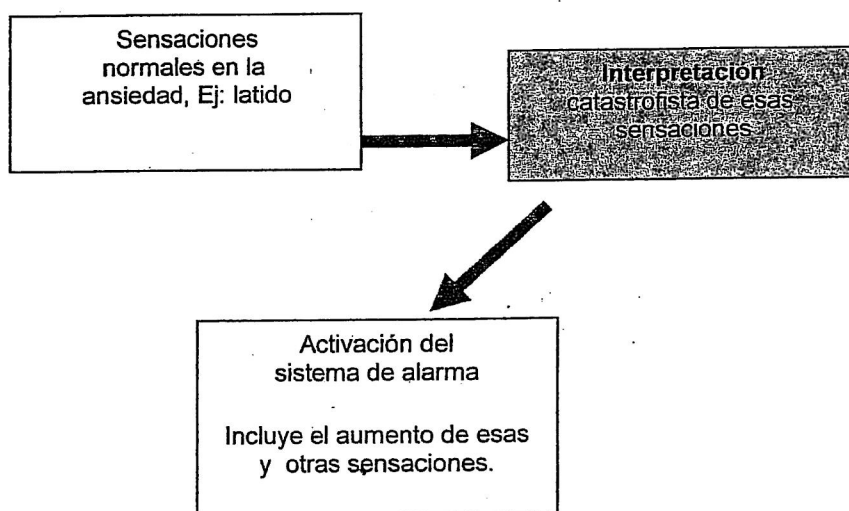
Para comprender mejor la ansiedad y el pánico, suele ser útil analizarlos en sus tres niveles: el biológico, el cognitivo y el conductual.

- El **componente biológico** de la ansiedad incluye las sensaciones internas que podemos notar cuando estamos nerviosos, como: temblor, mareo, taquicardia, flojedad en las piernas, etc.; que en las crisis de pánico alcanzan una intensidad mayor por el mecanismo del círculo vicioso. Las sensaciones temidas varían de unas personas a otras. Así, quienes temen sufrir un infarto, suelen temer las sensaciones de: taquicardia, palpitaciones, opresión o dolor en el pecho, etc. Pero esas sensaciones pueden ser consideradas irrelevantes por otros pacientes, que sufren crisis de pánico pero que no temen una enfermedad cardíaca (ej., por quienes temen volverse locos al percibir las cosas en forma extraña).
- El **componente conductual** de la ansiedad y el pánico incluye la tendencia a evitar, huir, escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda ayudarlo usted a librarlo del "peligro". Así, algunos pacientes acuden a urgencias, toman ansiolíticos, se refugian en su casa; evitan actividades como tomar cafeína, hacer deporte, tener relaciones sexuales o realizar cualquier esfuerzo físico; evitan diversas situaciones como estar solos, conducir, hacer colas, viajar o usar transportes públicos; o acuden a esos lugares sólo si van acompañados por personas de confianza o si llevan con ellos fármacos u otros objetos con los que se sienten más seguros.
- El **componente cognitivo** de la ansiedad se refiere principalmente al conjunto de creencias, pensamientos e imágenes, con contenido de peligro; que en el caso del pánico, suelen ser pensamientos e imágenes de que estás en peligro de morir, volverte loco o perder el control (aunque en una minoría de casos, los pensamientos relacionados con el pánico pueden limitarse a la creencia de que las sensaciones temidas son algo terrible, que no puede soportarse) Estos pensamientos se producen en forma automática, es decir, involuntaria, una vez que se pone en marcha la secuencia del pánico. En el momento de la crisis, y en menor grado después de ella, la persona afectada teme que le ocurra algún tipo de catástrofe como: sufrir un infarto, tener una trombosis, asfixiarse, o perder el control. Por ej., si un conocido ha sufrido recientemente un ataque cardíaco y notas palpitaciones, puedes creer que estás sufriendo un infarto.

Los tres componentes (el fisiológico, el conductual y el cognitivo) se hallan siempre presentes cuando se activa un estado de ansiedad, y cada uno de ellos influye en activar o desactivar a los otros. Pero se ha demostrado que el componente principal es el de los pensamientos, imágenes y creencias.

LA IMPORTANCIA DE LOS PENSAMIENTOS

Según la psicoterapia cognitiva, cuando experimentamos cualquier alteración emocional, lo que nos altera no son las cosas en sí, sino lo que pensamos de ellas. Por tanto, **si al notar determinadas sensaciones, creemos que significan que nos está pasando algo terrible, reaccionaremos con el mismo terror y ansiedad como si fuese cierto.**



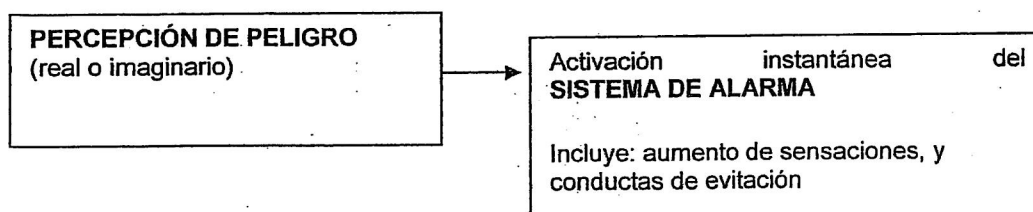
En sus crisis de pánico: se engaña a usted mismo creyendo que las sensaciones que nota indican que usted está en peligro, y se asusta de esa interpretación.

Aspectos positivos de la ansiedad y el pánico.

Como señalábamos antes, la crisis de pánico (activación del programa de pánico o sistema de alarma) es la reacción natural del organismo ante una amenaza grave e inminente que pone en peligro la supervivencia. Su objetivo es el de protegernos, preparándonos para la lucha, la huida o la búsqueda de ayuda.

La reacción de pánico ante una situación de peligro real, es un mecanismo de supervivencia que resulta muy evidente cuando los humanos tienen que afrontar formas de vida más peligrosas que la nuestra, como ocurría a nuestros antepasados, los hombres primitivos.

Pero, incluso en nuestro ambiente, a veces resulta esencial que al enfrentarnos con una amenaza vital reaccionemos en forma automática para ponernos a salvo. Imagine por ejemplo, lo útil que puede ser una reacción instantánea de pánico y huida, si está a punto de ser atropellado por un coche, o si se encuentra con gran animal que acaba de escapar y se dirige hacia usted.



Como es lógico, ese mecanismo -con el que nos ha dotado la naturaleza para ayudarnos a sobrevivir- no supone en sí mismo ningún peligro; es decir, el pánico no nos puede producir ningún daño. Esto se ha comprobado en numerosas investigaciones, y si su problema persiste desde hace tiempo y ha experimentado muchas crisis, habrá comprobado por usted mismo que nunca le han hecho ningún daño, más allá del miedo.

Así pues, la **función** del pánico es *ponernos a salvo cuando nos hallamos ante un peligro real* ya que, además de impulsarnos a huir o a buscar ayuda, también hace que aprendamos a evitar, en el futuro, las situaciones peligrosas que lo desencadenan.

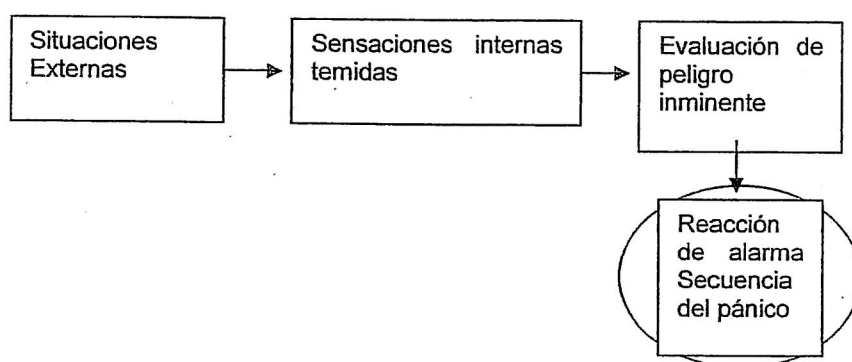
El único problema con sus crisis de pánico es que *su reacción de alarma se pone en marcha sin que exista un peligro real*. La pone en marcha usted mismo al interpretar como peligro unas sensaciones que son normales en la ansiedad, y que se incrementan porque aumenta su ansiedad al pensar que está en peligro.

Por eso, el principal objetivo del tratamiento es que usted deje de hacer falsas evaluaciones de peligro, para que no se active su sistema de alarma-pánico cuando no se halle en situación de peligro real. Esto lo conseguiremos rompiendo la parte de la secuencia que lo lleva a evaluar como amenazadoras las sensaciones normales que todos notamos cuando estamos nerviosos.

Cuando aprenda a experimentar esas sensaciones, sin hacer interpretaciones catastrofistas, ya no se producirá la secuencia y, por tanto, sus sensaciones de ansiedad se mantendrán en los niveles normales y deseables que experimenta cualquier persona sana.

LA AGORAFOBIA

En algunos casos, la **asociación** entre las **sensaciones** internas y la **evaluación de peligro inminente** se amplía, asociándose también a determinadas **situaciones externas**: empieza a temer el llevar a cabo ciertas actividades (por ej., hacer ejercicio) o el acudir a ciertos lugares (por ej., grandes supermercados) porque cree que si se expone a ellos, pueden aparecer las sensaciones temidas y llegar a producirse la crisis (que, erróneamente, cree que es peligrosa). Así va cayendo en la agorafobia, que es la evitación sistemática de ciertos lugares o situaciones, por temor a experimentar en ellos las sensaciones temidas.



Cuando se ha establecido esa **asociación** entre ciertas **situaciones** externas, las sensaciones temidas y la **evaluación de peligro**; cada vez que se expone de nuevo a la situación (ej., grandes almacenes) experimentas ansiedad (que suele incluir las sensaciones temidas), activándose así, la secuencia del pánico.

Por tanto, empieza a **evitar** esas situaciones, o a afrontarlas llevando a cabo alguna **conducta dirigida a evitar las sensaciones**; por ejemplo, ir acompañado, llevar medicación, etc. Pero

la evitación y las conductas tranquilizadoras de ese tipo, sólo sirven para que se fortalezca el **verdadero problema, que es su creencia de que está en peligro al notar las sensaciones.**

En general, **cuanto más nos dejamos llevar por una idea irracional** (dejando que dirija nuestro comportamiento) **más fuerte se hace nuestra creencia en ella.**

Así, cada vez que evita una situación o que adopta otras conductas dirigidas a evitar las sensaciones temidas, su problema se afianza, porque sus falsas creencias catastrofistas se hacen más fuertes.

PASO 2. ESTRATEGIAS DE RELAJACIÓN Y DISTRACCIÓN

CONTRARRESTANDO LOS EFECTOS DE LA HIPERVENTILACION

La hiperventilación o ventilación pulmonar excesiva suele aparecer cuando la persona nota determinadas dificultades respiratorias, como puede ser la sensación de no poder aspirar suficiente aire por opresión en el pecho. Esto hace que la persona sienta "hambre de aire", lo que a su vez le motiva a respirar más rápido y profundo, incluso saliendo a la ventana con el ansia de buscar aire fresco.

No tratándose realmente de una necesidad de oxígeno, se introduce una cantidad de aire superior a las necesidades del organismo. Lo que se consigue es eliminar un exceso de anhídrido carbónico (CO₂) que provoca una "alcalosis respiratoria" (aumenta el pH de la sangre). De forma fisiológica (normal), este cambio en la composición de la sangre hace que se libere menos oxígeno en los tejidos, entonces el corazón de forma refleja aumenta la potencia y **frecuencia de sus latidos**. También el lugar desde donde se controla la respiración se ve afectado, al haber menos CO₂ se reduce la frecuencia respiratoria y para compensarlo la persona la fuerza voluntariamente, aumentando la sensación de disnea o ahogo. A partir de aquí **los síntomas de pánico empeoran**, ya que se desencadenan una serie de fenómenos fisiológicos que suelen empezar con entumecimiento u hormigueo en los dedos de ambas manos aunque ocasionalmente también puede afectarse sólo una de ellas.

Si la alcalosis persiste esta sensación se va extendiendo también a los dedos de los pies, el resto de los pies, la cara y especialmente la zona alrededor de la boca. Menos frecuentemente se pueden producir contracciones musculares e incluso tetania (contracción muscular mantenida), sobre todo en muñecas y tobillos. Junto a lo anterior suele coexistir cierta sensación de atontamiento, así como de presión y agrandamiento de la cabeza. No hace falta que la aparición de estos síntomas secundarios a la hiperventilación no hacen más que agravar la sensación de pánico de la persona.

Una persona con una crisis de pánico puede correr el riesgo de hiperventilar, con el consiguiente empeoramiento del cuadro, pero también se sabe que personas predispuestas pueden desencadenar la propia crisis si fuerzan su respiración de forma voluntaria.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

La respiración es una función básica para el organismo y no podemos prescindir de ella; aunque sí podemos sobrevivir sin comer y beber durante varios días, no podemos estar más de un cierto tiempo sin respirar porque nos asfixiaríamos. Además, tiene de peculiar que es una de las actividades fisiológicas sobre las que la voluntad consciente puede intervenir de forma directa, aunque la mayoría de las veces funciona de manera automática regulada por unos centros nerviosos situados en el tronco cerebral, concretamente en el bulbo raquídeo. Por esto, la respiración es como un paso previo, ya que sin una correcta respiración es difícil lograr la relajación.

Hay varios tipos de respiración, según la parte de los pulmones que más se hinche de aire.

- **Clavicular.** Es la que realizan las mujeres embarazadas en los últimos meses de gestación por cuestiones de su morfología corporal. También es la que se realiza normalmente cuando nos sobresaltamos por algo: ruido intenso, ver algo que nos

asuste, etc. Cuando se realiza, se respira con el tercio superior de los pulmones (que es muy pequeño y acumula poco aire)

- **Torácica.** La respiración que realizamos en general, siempre y cuando no haya sido la persona entrenada en respiración y relajación porque no practique yoga, tai-chi, meditación... Cuando se realiza, se está moviendo únicamente el tórax.
- **Diafragmática o abdominal.** La que permite un óptimo aprovechamiento del aire que entra en los pulmones, y por eso es la que siempre se utiliza en las técnicas de relajación, ya que consiste en llenar la mitad inferior de los pulmones, que tiene más capacidad que la mitad superior. Este tipo de respiración la realizan los bebés de forma espontánea y es más fácil entrenarla en los varones porque tienen la espalda más ancha.

Ejercicios

1) Toma de conciencia de la inspiración y la espiración: atendiendo a cómo entra el aire por la nariz y cómo sale tanto por la nariz, como por la boca. Importante respirar introduciendo el aire en horizontal, no en vertical, porque la mucosidad se puede ir a los senos de la nariz, inflamarse y producir sinusitis.

2) Respiración alternante: para trabajar con las fosas nasales. Se colocan los dedos pulgar e índice uno en cada fosa nasal; se tapa la fosa izquierda con el dedo índice (si lo hace una persona diestra) y se inspira por la derecha. Después se tapa la fosa derecha y se espira por la izquierda. Ahora se realiza al contrario, es decir, tapando la fosa derecha, inspirando por la izquierda y espirando por la derecha.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA

Por lo general, respiramos de 12 a 16 veces por minuto cuando no estamos profundamente relajados. La técnica de la respiración diafragmática busca conseguir aproximadamente 6 respiraciones por minuto. La respiración diafragmática lenta es una técnica de control de la ansiedad muy utilizada desde la antigüedad.

Se practica en formas diversas, que tienen en común el tomar poco aire, lentamente y llevándolo a la parte de debajo de los pulmones. Veamos las pautas para aprender a practicarla

1º Aprender respiración diafragmática

- Coloque una mano en el pecho y otra sobre el estómago (con el dedo meñique justo encima del ombligo), para asegurarse de que lleva el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho ni elevar los hombros.
- Al tomar el aire, lentamente, lo lleva a la parte de abajo de sus pulmones, hinchando un poco estómago y barriga, sin mover el pecho.
- Retiene un momento el aire en esa posición.
- Suelta el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga; sin mover el pecho.
- Procure mantenerse relajado y relajarse un poco más al soltar el aire.

2º Aprender a hacerla más lenta

- Tomar aire, tal como se indica en el párrafo anterior, lentamente y contando de uno a 5
- Retenerlo, contando de uno a 3
- Soltarlo lentamente, mientras cuenta de uno a 5

Consejos sobre su uso

- ✓ Al empezar, practique cuando esté más tranquilo. Le resultará más fácil si estás acostado con las piernas flexionadas en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.
- ✓ No tome mucha cantidad de aire.
- ✓ Es mejor que respire por la nariz, pero si tiene algún problema que se lo impida, respire por la boca sin abrirla demasiado.
- ✓ Practique varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 10 minutos cada una), durante un par de semanas.
- ✓ Cuando ya domine la técnica en posición de tumbado o recostado,
- ✓ practíquela en diferentes posiciones (sentado, de pie, andando, ...) y en diferentes lugares, empezando por los que le resulten más fáciles. Una vez aprendida, no será necesario que cuente mentalmente. Bastará con hacer respiración diafragmática *lenta*.
- ✓ No la utilice para intentar controlar la ansiedad, hasta que sepa respirar de este modo, sintiéndose cómodo y relajado. Para esto, antes tiene que practicar muchas veces.
- ✓ La aplicación de esta técnica para afrontar la ansiedad en su vida cotidiana, supone que sea capaz de ocupar en ella sólo una parte de su atención, mientras dejas libre otra parte de su mente para atender otras tareas o cuestiones.

RELAJACIÓN MUSCULAR

La tensión muscular es uno de los componentes de la ansiedad. Se trata de un mecanismo generalmente automático e involuntario, pero que podemos aprender a controlar voluntariamente, igual que la respiración o los pensamientos.

La tensión y la relajación son estados que corresponden a dos partes del **sistema nervioso autónomo**:

el simpático y el parasimpático.

Cuando estamos **nerviosos**, asustados, enfadados, etc., nos hallamos bajo el control del **Sistema nervioso simpático**. Es el llamado sistema de alarma, lucha, **huida** o emergencia. Su activación implica una serie de cambios fisiológicos entre los que se incluye la tensión muscular.

Por el contrario, **cuando nos hallamos en estado de relajación**, es el sistema **parasimpático** el que toma el control en nuestro organismo. Entonces, la tasa cardiaca se reduce, la respiración se vuelve más lenta, la tensión muscular disminuye y se nota una sensación de relajación, o incluso de pesadez muscular. La activación del sistema nervioso simpático es **incompatible** con la activación del parasimpático, y viceversa. Por tanto, si está relajado no puede estar tenso a la vez.

Como la tensión muscular forma parte de la reacción de ansiedad, y la relajación muscular forma parte de la reacción de relajación, podemos avanzar desde la ansiedad hacia la relajación, centrándonos en cambiar la tensión muscular por la relajación muscular.

El aprendizaje de la relajación puede compararse al de otras habilidades como aprender a nadar, a montar en bicicleta, o a conducir un coche: es necesario tomarse un tiempo y practicar una y otra vez hasta que se aprende; pero, una vez aprendida puede ponerse en

práctica sin esfuerzo y en cualquier lugar. Así podrá relajarse y estar tranquilo en cualquier situación en que lo desee.

Aunque existen diversos métodos para aprender a relajarte el más utilizado en la terapia cognitivo-conductual es el de la relajación muscular progresiva, la cual tiene varios componentes:

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Esta técnica consta de cinco fases.

En la primera fase, usted aprende a discriminar cuando un músculo está tenso y cuando está relajado. Para ello, estando en una posición cómoda, tumbado o costado, va tensando cada músculo y después de mantenerlo tenso durante 3 o 4 segundos, lo relaja y se centra en la sensación de relajación y en la diferencia entre ella y la anterior sensación de tensión.

Los **grupos musculares** que suelen trabajarse en esta 1ª fase, son los siguientes:

Orden	Músculo	Cómo se tensa
1	Mano y antebrazo dominante	<i>apretando el puño</i>
2	Bíceps dominante	<i>empujando el codo contra el sillón</i>
3	Mano y antebrazo no dominante	<i>apretando el puño.</i>
4	Bíceps no dominante	<i>empujando el codo contra el sillón</i>
5	Frente	<i>levantando las cejas</i>
6	Parte superior de las mejillas y nariz	<i>Cerrando los ojos fuerte y arrugando la nariz</i>
7	Parte inferior de las mejillas y mandíbulas	<i>apretar los dientes y llevar las comisuras de la boca hacia atrás</i>
8	Cuello y garganta	<i>empujar la barbilla hacia abajo y evitar que toque el pecho (contraponiendo los músculos)</i>
9	Pecho, hombros y parte superior de la espalda	<i>juntar los omóplatos</i>
10	Región abdominal o estomacal	<i>tensar el estómago</i>
11	Muslo dominante	<i>pisar como para levantarse</i>
12	Pantorrilla dominante	<i>ponerse en puntas de pie</i>
13	Pie dominante	<i>levantar el pie de punta, girarlo hacia adentro y doblar los dedos</i>
14	Muslo no dominante	<i>pisar como para levantarse</i>
15	Pantorrilla no dominante	<i>ponerse en puntas de pie</i>
16	Pie no dominante	<i>levantar el pie de punta, girarlo hacia adentro y doblar los dedos</i>

Se toman uno tras otro esos grupos musculares, y se va centrando en cada uno de ellos. Veamos, como ejemplo, una mano:

- La tensa apretando los puños. Durante unos 7 segundos centra su atención en la sensación de tensión que nota.
- Después suelta esos músculos, los relaja y centra su atención en la diferencia que nota entre la tensión que tenían antes y cómo los siente ahora, que están más relajados.
- Intente relajar un poco más esos músculos. Imagine que están más relajados y que va notando que pesan y que se van relajando, cada vez más y más.

- A continuación hace lo mismo con cada uno de los grupos musculares señalados arriba. Se recomienda que al tensar los músculos de la cabeza, se atienda principalmente la relajación de cuero cabelludo, sienes y frente, por estar frecuentemente tensos.

Y que se preste también una atención especial al estómago y al abdomen por ser lugares donde también suelen acumularse tensiones.

Cada ejercicio cuesta alrededor de 25 segundos, y hay que practicarlo una o dos veces al día. Al empezar a practicarla, se aconseja anotar los resultados de cada práctica en el correspondiente registro. (Ver anexo)

Para aprender a relajarse, es importante mantener una actitud de atención pasiva: no tratar de exigirse relajarse, y **no tener prisa**.

Al empezar, debe practicar en un lugar silencioso, con temperatura agradable y con una posición corporal cómoda: tumbado o sentado en un sillón.

Suele resultar muy útil ayudarse con un casete en el que se han grabado las instrucciones para llevar a cabo la relajación.

SEGUNDA FASE: RELAJACIÓN SÓLO POR LIBERAR TENSION

En una segunda fase, una vez haya aprendido a discriminar fácilmente cualquier tensión muscular y a relajarla a voluntad, se centrará solamente en prestar atención a su cuerpo, e ir relajando cualquier tensión que detecte en él. Para ello irá revisando mentalmente cada zona o grupo muscular y relajando cualquier tensión que detecte en ella, sin necesidad de tensarla antes.

Con ese estos ejercicios aprenderá a relajarse fácilmente y a percibir cualquier señal de tensión corporal, a la que podrá aplicar automáticamente la relajación.

TERCERA FASE: RELAJACIÓN CONTROLADA POR SEÑALES O CONDICIONADA

En esta fase conviene que practique la relajación centrando su atención en la respiración diafragmática lenta que lleva a cabo, y una vez que se encuentra totalmente relajado habiendo utilizado la **relajación sólo liberando tensión**, debe concentrarse en la respiración, repitiéndose a sí mismo alguna palabra o frase tranquilizadora. Por ejemplo al soltar el aire puede pensar "calma", "relax", o la palabra que usted prefiera. El objetivo de esta fase es que luego pueda relajarse fácilmente y en cuestión de segundos al pronunciar esa frase al espirar.

CUARTA FASE: RELAJACIÓN DIFERENCIAL

Una vez consiga relajarse bien, en la posición de acostado o recostado, conviene que se acostumbre a relajarse, en posición de sentado, y después en diferentes lugares y situaciones. En cuanto a los lugares y posiciones en que la practica, conviene seguir estos pasos:

1. En un lugar tranquilo y silencioso, cómodamente tumbado o recostado.
2. Cuando la domine en la posición anterior, practicarla en diferentes posiciones (sentado, de pie) y en diferentes lugares.
3. Después, mientras lleva a cabo otras actividades, empezando por las más fáciles (ej., mientras camina estando solo).
4. Finalmente, ha de llegar ser capaz de aplicarla mientras lleva a cabo sus actividades cotidianas: hablar con alguien, trabajar, etc.

QUINTA FASE: RELAJACIÓN RÁPIDA

Como señalábamos con la respiración, la práctica de la relajación para afrontar la ansiedad en las situaciones interpersonales, implica que sea capaz de ocupar en ella una parte de su atención, mientras deja libre otra parte de su mente para atender otras tareas o

cuestiones. Es decir, cuando pueda relajarse en cualquier situación, y simultáneamente a la realización de cualquier tarea o a la interacción con otras personas.

Para conseguir eso, antes tendrá que haber practicado mucho.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es que la relajación debe empezar a aplicarse al detectar las primeras señales de ansiedad, antes de que se haga demasiado fuerte. Para lograr estas metas usted debe relajarse **15-20 veces** por día en situaciones naturales. El terapeuta y usted tienen que primero estar de acuerdo en lo que podría servir como una señal de relajación en particular. Ejemplos de señales que se han usado son cada vez que **uno mira el reloj**, hace una **llamada telefónica**, **abre un sobre**, etc. Para aumentar el valor de la señal uno puede colocar un pedazo pequeño de cinta coloreada en el reloj o en el auricular del teléfono. Entonces cada vez que usted hace algunas de estas cosas (la señal será acordada con el terapeuta) deberá relajarse utilizando la relajación **condicionada o la relajación diferencial**, la que usted prefiera. Después de un tiempo puede ser necesario cambiar a otro color de cinta, dado que el valor de la primera señal puede reducirse debido a la habituación.

DISTRACCIÓN O REDIRIGIR LA ATENCIÓN

Una técnica útil para reducir los miedos, la ansiedad o las fobias es la distracción, que implica desplazar su atención o desviarla hacia algo neutro o positivo, llevándola desde el foco de la ansiedad o apartándola de sus ideas negativas. Si Ud. intenta disminuir su ansiedad repitiéndose frases como: "No debo estar ansioso", lo más probable es que aquella aumente en lugar de disminuir. Hay otras formas operativas para hacerlo. La mayoría de las formas de distracción se basan en la **externalización**, que es el acto de focalizar su atención en hecho o percepciones originadas en su entorno o fuera de su cuerpo. Esto es lo contrario de la **interocepción**, que consiste en desplazar la atención a las sensaciones viscerales, originadas en el interior del cuerpo, como ocurre generalmente durante una crisis de pánico.

Hay formas simples y formas complejas de distracción, las primeras son muy útiles, dado que son fácilmente practicables en situaciones comunes. Las formas complejas, aunque más trabajosas, son más efectivas, porque logran atrapar mejor y por más tiempo nuestra atención y con ello nos permiten superar situaciones de ansiedad más prolongadas.

Técnicas de distracción:

Simple:

1. **Observe en detalle algunos de los objetos que lo rodean:** deténgase en el diseño de un tapizado, o en el de un mosaico, analice las interacciones gestuales de dos personas que conversan cerca de Ud. o concéntrese en detalles del mobiliario. Escuche con atención los ruidos de fondo del ambiente, que habitualmente ignora, registrando otros sonidos, como el paso de un auto o conversaciones ajenas.
2. **Utilice el sentido del tacto:** aprecie con los dedos la textura de los objetos que tiene a mano. Si quiere concentrarse mejor, cierre los ojos y deslice los dedos por el almohadón que tiene cerca. Focalícese también en sabores u olores. Aprecie el olor ambiental, discrimine los diferentes olores de su entorno, saboree un caramelo.
3. **Cambie su actividad o cambie de entorno:** si está sentado párese y dé algunos pasos, si está en su dormitorio diríjase al baño o a la cocina, si está adentro salga al exterior.
4. **Efectúe actividades repetidas:** cuente las baldosas, las borlas de un sillón o las ventanas de un edificio, haga pliegues con un papel formando figuras o garabatos con un lápiz.

Complejas:

1. **Inicie una charla o conversación:** hable por teléfono, converse con alguien que tenga cerca, diríjase a un extraño mientras espera en una fila. Recuerde que es más probable que usted se distraiga más hablando que escuchando. Cuanto más alejado esté el diálogo de la temática de la ansiedad, más fácil y efectivo le será el distraerse de la conversación.

2. **Trabaje:** esta es una forma muy efectiva de distracción, empleada por muchas personas. El trabajo puede ser mental o físico, rentado o voluntario, doméstico o fuera del hogar. Cuanto más interesante, placentero y absorbente le resulte, mejor será su distracción.
3. **Realice tareas que le exijan concentración:** el recitar un poema, tararear una canción, tocar un instrumento, hacer crucigramas, programar una salida, o hacer un resumen de los gastos mensuales, pueden convertirse en elementos de distracción, aunque a veces son difíciles de encarar, si uno está realmente ansioso.
4. **Juegue y haga deportes:** toda actividad que sea placentera e interesante, es una fuente importante de distracción, como el ocuparse de algún hobby, bailar, hacer gimnasia, etc.

PASO 3. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

COMO DESCUBRIR Y CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS CATASTROFICOS

Como ya fue señalado en la sección "La importancia de los pensamientos", lo que pensamos sobre las sensaciones corporales juega un papel decisivo en el consultante de pánico. En esta sección se trata de reconocer y cambiar los pensamientos que llevan al desarrollo de un estado de ansiedad intensa, a estos pensamientos los denominamos pensamientos catastróficos.

Las características generales de los pensamientos catastróficos son:

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
5. Suelen conllevar una **visión de túnel**: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

1) Reconocer los pensamientos catastróficos

El primer paso para modificar estos pensamientos es reconocerlos, aunque no seamos concientes del todo de estos pensamientos, no es difícil reconocerlos, puede ayudar para ello el responderse a sí mismo determinadas preguntas, tales como:

- *¿Qué pasa (ha pasado o pasó) por mi cabeza mientras estoy (estaba) ansioso?*
- *¿Me viene alguna imagen a la cabeza?*
- *¿Qué pienso que puede pasar?*
- *¿Qué es lo peor que pienso que puede suceder?*

También puede:

- Completar un autorregistro o grabación de los pensamientos tenidos luego de una situación problemática lo más inmediatamente que sea posible.
- Pensar en voz alta o responder las preguntas anteriores mientras se imagina o simula una situación perturbadora.

2) Examinar la evidencia de un pensamiento catastrófico

- *¿Qué evidencia existe a favor de este pensamiento?*
- *¿Qué evidencia existe en contra de este pensamiento?*
- *¿Cuál es la posibilidad de que esté interpretando correctamente la situación?*
- *¿Está sobrestimando la posibilidad de que ocurra lo que piensa?*
- *¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?*
- *¿Qué ví o escuché que indica que lo que pienso es cierto?*
- *¿Cuál es la probabilidad que se cumpla lo que creo?*
- *¿Cuántas veces me sucedió en el pasado?*
- *Calculando el porcentaje de veces, ¿Me pasa una vez cada cuánto?*
- *¿He tenido esta clase de situaciones antes? ¿Qué ocurrió? ¿Hay alguna diferencia entre esta situación y la previa? ¿Qué he aprendido de las experiencias previas que pueda ayudarme ahora?*
- *¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre cierto?*
- *¿Qué le diría a una persona importante para usted acerca de este pensamiento?*

- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿Qué le diría para hacerle ver que no es correcto?

3) Análisis de probabilidades

- ¿Cuál es la probabilidad de estas otras alternativas? ¿Qué evidencia hay a favor y en contra?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas? (siempre, nunca, debería)
- ¿Está pensando en función de certeza en vez de probabilidad?
- ¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?

4) Buscar interpretaciones alternativas

- ¿Existe alguna explicación alternativa?
- ¿Hay otra manera de explicar lo que sucede?
- ¿Hay alguna manera diferente de interpretar esta situación?
- ¿Qué podría opinar otra persona?
- ¿Existe algún punto de vista diferente al mío?
- ¿Puede alguien en el que tenga confianza interpretar de otra forma esta situación?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?

5) Desdramatización o decatastrofización

(Examinar qué pasaría realmente y qué se podría hacer si lo que piensa fuera cierto)

Bajo cada pensamiento negativo subyace muchas veces otros u otros más básicos que están presuntamente conectados con sus problemas (técnica de la flecha descendente) por lo tanto, es una buena idea que suponga que el pensamiento negativo catastrófico es cierto y que a partir de aquí:

- Identifique qué pasaría y examine la evidencia de esta nueva cognición.
- Busque qué podría hacer o qué soluciones tendría para afrontar lo que piensa.

Una vez reestructurada la nueva cognición, se repite el proceso de suponer que es cierta hasta que no surja un nuevo pensamiento perturbador, no cree en el pensamiento identificado, o genera una cognición de afrontamiento o creíble. Las preguntas terminarán con los peores miedos, esto es la **Decatastrofización**.

Es necesario trabajar en la evidencia de los pensamientos primero para pasar a cuestionar las derivaciones de ellos.

Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que piensa fuera cierto.

- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? (identificada la nueva cognición, se emplean preguntas para examinar la evidencia)
- ¿Qué es lo peor que podría pasar si las cosas realmente fueran como piensa?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿Hasta qué punto sería malo? ¿Sería tan malo como parece?
- ¿Sería algo realmente grave o un contratiempo?
- ¿Cómo serían (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo, ¿Durará (duraría) para siempre?

Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que piensa fuera cierto.

- *Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto? ¿Cómo podría hacer frente a la situación?*
- *¿Qué le diría a una persona importante para usted con el fin de ayudarla a afrontar la situación?*
- *Si este pensamiento lo tuviera X, ¿Qué le diría para ayudarlo a afrontar la situación?*

6) Examinar la utilidad de un pensamiento negativo

Se trata de evaluar hasta qué punto el pensamiento considerado sirve de ayuda para alcanzar los objetivos que usted tiene o bien le sirve de estorbo y genera consecuencias negativas.

- *¿Lo ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?*
- *¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?*
- *¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?*
- *¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?*
- *¿Cuáles son los pro y los contra, a corto y mediano plazo, de esto que cree? ¿Se ven las ventajas sobrepasadas por las desventajas?*

7) Extraer las conclusiones pertinentes.

Tras la reestructuración, usted debe extraer una conclusión que implique una forma alternativa más adaptativa de enfocar la situación.

Esta conclusión podrá ser usada más tarde durante la exposición como **autoinstrucción** para afrontar el pánico.

AUTOINSTRUCCIONES PARA AFRONTAR EL PÁNICO

Las autoinstrucciones son afirmaciones que se dice cada uno a sí mismo, resaltando su intencionalidad y el hecho de estar bajo su control. Si las autoafirmaciones espontáneas son negativas y hacen que la ansiedad o el temor se agraven, es posible utilizar diferentes pensamientos y asentimientos alternativos (autoinstrucciones) para reducir o evitar la ansiedad en cada una de las fases. (Preparación, confrontación con el suceso, momentos críticos y reflexión posterior)

Tenga en cuenta que los enumerados a continuación, tiene sólo un valor orientativo, para permitir elaborar y redactar en sus propias palabras autoenunciados personales.

Ejemplos de autoinstrucciones para el pánico y la agorafobia:

Fases:

Preparación para afrontar la situación fobígena:

- *Puedo trazar un plan para el afrontamiento.*
- *Pensaré racionalmente, sin autoenunciados negativos.*
- *Me limito a pensar lo que puedo hacer al respecto, es mejor que ponerme ansioso.*
- *Puedo tranquilizarme en lugar de permanecer tenso.*
- *Olvidaré la preocupación y haré algo concreto.*
- *Voy a considerar las cosas de a una.*

Confrontación con la situación:

- *Voy a mantener el control.*
- *Si estoy ansioso, es una señal para respirar profundo, calmarme y emplear mis pensamientos de afrontamiento.*
- *Animo, puedo superar este desafío.*
- *Puedo hacerlo, lo estoy haciendo.*
- *No pienso en el miedo y me limito a pensar lo que tengo que hacer.*
- *Lo tomaré con calma, sin apuro, iré cumpliendo paso a paso.*
- *Cometer errores es normal*

Afrontamiento de la sensación de miedo

- *Cuando llega el miedo, sólo hay que hacer una pausa.*
- *Ahora me tranquilizo y me concentro en la tarea.*
- *No intento suprimir todo el miedo, basta con que sea manejable.*
- *Puedo conseguir ayuda si la necesito.*
- *Puedo eliminar mi preocupación ahora.*
- *Hice un buen trabajo, me siento orgulloso de ello.*

Autoenunciados reforzadores:

- *Funcionó, lo logré.*
- *No resultó tan malo como parecía.*
- *La próxima vez no tendré que preocuparme tanto.*
- *Puedo disminuir la ansiedad respirando lenta y profundamente.*
- *Había inflado el miedo más de lo necesario.*
- *Puedo eliminar mi preocupación ahora.*
- *Hice un buen trabajo, me siento orgulloso de ello.*

Si usted se siente incómodo con la idea de hablarse a sí mismo en situaciones difíciles, considere que eso habitualmente le ocurre, y que está fuera de su control, y por lo tanto el entrenamiento en autoinstrucciones puede volver manejable su diálogo interior, con consecuencias muy importantes para la regulación de su conducta

CÓMO CONSTRUIR SU HOJA DE AUTOINSTRUCCIONES PERSONALIZADA

- 1. Evite usar el negativo:** en lugar de decir: "No voy a estar ansioso", diga: "Tengo confianza", o "Estoy en calma y me mantengo tranquilo". Cuando decimos que algo no va a ocurrir, es probable que generemos mucha más ansiedad que si expresamos lo mismo de manera afirmativa. Es importante evitar el "no" delante (el "no" en el subconsciente es "sí") Si digo: "No pienses en un elefante rosa" automáticamente imagino uno. En vez de decir: "No tengo miedo", es mejor pensar: "Estoy tranquilo y puedo hacerlo".
- 2. Utilice el tiempo presente y no el futuro:** dado que nuestra autocharla negativa es aquí y ahora, necesita ser contrarrestada por pensamientos positivos que ocurran en el tiempo presente. Acompañe a las frases positivas con respiraciones lentas y deje que las autoinstrucciones hagan que los sentimientos negativos pasen. Si no se considera capacitado para afirmarlo en el presente, por resultarle aún poco creíble, debe iniciar la frase diciendo: "Estoy aprendiendo a...", "puedo...", "estoy intentando hacer...", "yo quiero que..."
- 3. Las afirmaciones deben ser expresadas en primera persona:** comenzarán con: "Yo..."
- 4. La frase debe resultar creíble:** o lo que exprese debe coincidir con lo que parece posible para usted. Por ejemplo: en lugar de decir: "¿Qué pasa si tal cosa?", afirmará: "Yo puedo manejarlo aunque me sienta ansioso o temeroso", "Puedo tolerar un poco de

ansiedad, dado que sé que pronto va a pasar". En lo que hace a sus aspectos autocríticos en lugar de desvalorizarse puede afirmar: "Sé que estoy en el sendero correcto", "merezco las buenas cosas de la vida como cualquier otro", "me acepto y creo en mí mismo", "merezco el respecto de los demás". El esperanzado puede afirmar: "Nunca es tarde para cambiar", "en lugar de ver el vaso medio vacío, lo veo medio lleno", "reconozco los cambios que he hecho y continuaré mejorando", etc.

PASO 4. DESENSIBILIZACIÓN INTEROCEPTIVA

EJERCICIOS PARA PROVOCARSE LAS SENSACIONES TEMIDAS

Existe una técnica denominada **desensibilización o exposición interoceptiva**, que ha demostrado ser una de las claves para el manejo del pánico por parte del paciente.

Evidentemente, el temor inicial de mucha gente que sufre de pánico es el **miedo a los síntomas** y a las sensaciones fisiológicas. Si usted evoca en su vida situaciones previas a la primera crisis de pánico, como una difícil entrevista de trabajo o un examen final oral, recordará que pudo haber estado muy ansioso, que su corazón palpitaba, que sus manos sudaban más de lo habitual, pero en esas circunstancias no sufría de miedo provocado por esas sensaciones aunque ellas ponían de manifiesto su ansiedad. A partir de haber tenido una primera crisis de pánico, Ud. no sólo sufre de ansiedad, sino que teme a la ansiedad en sí misma, es lo que se denomina "miedo al miedo" o "ansiedad anticipatoria".. Ese miedo intensifica y convoca la aparición de sensaciones físicas. Cuanto más tema a las sensaciones fisiológicas del pánico, más atento e hipervigilante va a estar y se va a volcar a evaluar el funcionamiento normal del cuerpo; en otras palabras, comenzará a observar los cambios normales cardiorrespiratorios o digestivos de su organismo. Aún más, esas sensaciones íntimas pueden facilitar la aparición del pánico, porque al estar Ud. hipersensibilizado, cualquier percepción pequeña de algo anormal en su cuerpo, puede significar peligro. La mejor manera para desafiar este punto de vista equivocado que aparece en quien sufre de pánico, es tener experiencias correctivas, trabajando con la interocepción (la percepción acerca de los cambios viscerales de su organismo)

A diferencia de otros temores fóbicos, Ud. no puede escapar de su propio cuerpo o de los síntomas que el mismo le va generando, pero lo que sí puede hacer, es cambiar su estado de alerta, aprensión y vigilancia desarrollado alrededor de los mismos.

En la exposición interoceptiva, el trabajo consiste en hacer lo opuesto, al convocar a propósito a las sensaciones del pánico para aprender, a través de la experiencia directa, que son inofensivas. Comprobará que si usted responde de manera diferente a estas sensaciones, las mismas no van a generarle más ansiedad.

Antes de hacer los ejercicios interoceptivos:

- Realice un examen médico para verificar si no padece de epilepsia o tiene una historia de disritmia, asma, anemia, enfermedad cardíaca crónica, desmayos o pérdidas de conocimiento, muy baja presión, o, en caso de ser mujer, estar embarazada.

Los ejercicios interoceptivos son particularmente útiles durante el periodo de reducción de la medicación antipánico previo a su discontinuación, dado que al reducirla suele haber cambios en la interocepción, y pueden reaparecer algunos síntomas.

La exposición interoceptiva se logra provocando a propósito sensaciones similares a las crisis, aunque al principio esto pueda parecer atemorizante. Esta tarea, agregada a los cambios cognitivos logrados hasta el momento, le permitirá verificar sus pensamientos o autoafirmaciones, para controlar los que hasta ahora consideraba incontrolable.

Cuando haga los ejercicios interoceptivos y tenga sensaciones de incomodidad, sin sufrir repercusiones catastróficas, pondrá a prueba sus pensamientos automáticos distorsionados, por ejemplo: "me voy a desmayar si me siento mareado y confuso". Es una oportunidad única de aplicar las estrategias cognitivas desde una postura experimental y racional:

"Mi objetivo es lograr cumplirla nueva experiencia de sentir sensaciones parecidas al pánico sin temerlas"

Preparación para el trabajo interoceptivo:

Hay una serie de sensaciones que intentaremos provocar, ellas son:

- Taquicardia
- Mareos.
- Calor.
- Malestar estomacal.
- Sofocación.
- Falta de aire.
- Opresión en el pecho.
- Sensación de ahogo.
- Nudo en la garganta.
- Síntomas de irrealidad y de temor.

Como vemos, hemos hecho un listado resumido de los síntomas principales del pánico. Recordemos que estos síntomas en sí mismos, no son atemorizantes para todo el mundo. Por ejemplo, de chicos algunos girábamos muchas veces sobre nosotros mismos hasta marearnos, buscando cierto placer y mucha gente va en busca de esas sensaciones al parque de diversiones. **Lo importante es la interpretación personal que hagamos acerca de los síntomas, rotulándolos como peligrosos o inofensivos.**

En la medida en la que Ud. aprenda que los síntomas no implican ningún riesgo, su ansiedad anticipatoria y el temor a sufrirlos van a disminuir y se sentirá más cómodo.

En caso de que las sensaciones o síntomas provocados sean muy incómodos, podrá apelar a recursos y a habilidades aprendidas, como la respiración diafragmática y métodos cognitivos para modificar sus pensamientos, con los que podrá descender sus niveles de ansiedad.

Recomendaciones:

1. Siempre es conveniente realizar los ejercicios en algún orden, comenzando por los más fáciles para Ud.
2. Algunos producen sensaciones mientras se hacen y otros más tarde, por eso es conveniente que, una vez terminados, quedarse un rato esperando y prestando atención a las posibles sensaciones que vayan surgiendo en su cuerpo.
3. Si no puede tolerar las sensaciones, deténgase antes, pero trate de mantener los tiempos estipulados para cada ejercicio. Puede realizarlos al principio con alguien, pero después deberá realizarlos solo, para fomentar su autoeficacia. Es importante que registre sus niveles de ansiedad al realizarlos en una escala que vaya de 0 a 100.

Ejercicios:

1. Sacudir la cabeza hacia un lado y otro (30-45 segs.)

Sacuda su cabeza hacia ambos lados con los ojos abiertos, primero lenta y luego más rápidamente. Cuando se acabe el tiempo, levántela de golpe y mire derecho hacia delante por un momento.

2. Girar sobre usted mismo o en una silla giratoria (1 -1:30 min.)

Rote sobre usted mismo a un buen ritmo en una habitación amplia, teniendo una silla o pared cerca para poder apoyarse, si pierde el equilibrio. Puede usar una silla giratoria. Camine inmediatamente después de terminar de girar.

3. Colocar la cabeza entre las piernas y levantarla bruscamente (90 segs.-2 min.)

Sentado en una silla, baje su cabeza y ubíquela entre sus piernas como para que permanezca a un nivel inferior al de su corazón, luego repentinamente levántela y mire derecho hacia el frente por un momento.

4. Contener la respiración (30-45 segs.)

Aspire profundamente y contenga la respiración por 30 segundos. Si no lo puede hacer, respire normalmente antes de que se cumpla el plazo.

5. Hiperventilar (75-90segs.)

Respire profundamente por la boca, jadeando o haciendo un sonido que pueda ser escuchado en toda la habitación. No lo haga más de 2 veces en cada práctica. Deje pasar 10 minutos antes de volver a repetirlo.

6. Respirar a través de una pajilla (75-90 segs.)

Con el sorbete en la boca, sople y aspire, respirando únicamente a través de él durante el tiempo indicado. Practique primero con un sorbete más ancho y luego use uno más angosto. Verifique que no se aplaste mientras respira por él.

7. Generar calor (10-15 min.)

Coloque la calefacción de su auto al máximo mientras maneja o encienda las estufas de su casa y siéntese con ropas abrogadas, cerrando todas las ventanas y puertas. Los tiempos pueden reducirse si entra a un sauna (5-7 min.)

8. Compresión en la garganta (1 - 1:30 min.)

Aplique una presión moderada en el cuello a la altura de su garganta, haciendo un arco con los dedos índice y medio y el pulgar por el otro. Vaya apretando gradualmente, hasta sentirse incómodo, pero sin llegar a extremos de hacerse daño ni cortar su respiración.

9. Colocar un depresor en la parte posterior de la lengua.

O coloque sus dedos como si quisiera provocarse un vómito sin hacerlo.

10. Observar su imagen en el espejo (1:30 - 3 segs.)

Obsérvese sin desviar la mirada, fijamente, durante los tiempos indicados, concentrándose en la tarea.

11. Observar una mancha en la pared (2-3 min.)

Sin desviar la mirada, mire fijamente la mancha y concéntrese en esta, sin distraer su atención.

12. Mirar fijo una luz en el techo por y luego intentar leer (1-2 min.)

Sin desviar la mirada, mire fijamente la luz y concéntrese en esta, sin distraer su atención, luego intente leer un párrafo.

13. Visualización (2-3 min.)

Recuerde y visualice, empleando su imaginación, la peor crisis de pánico que haya vivido en el pasado. Cierre los ojos y recree esta circunstancia con lujo de detalles, tratando de evocar las sensaciones desagradables que sufriera. Véase a Ud. mismo sufriendo las consecuencias, como por ejemplo, perdiendo el control o enloqueciendo. No se distraiga ni desconcentre.

14. Vértigo (30-60 segs.)

Mire por el balcón superior de un edificio elevado, primero hacia adelante y por momentos dirija la mirada directamente hacia abajo, asomándose por la baranda. No haga este ejercicio si padece miedo a las alturas.

15. Ingestión de cafeína.

Tome un café expreso o doble, o varios mates, agregando un trozo de chocolate. El máximo efecto activados tardará quizás media hora en llegar, o sea que es diferido.

16. Trotar en el lugar (1-2 min.)

Hágalo vigorosamente o suba escaleras.

17. Tensionar todo el cuerpo (1- 1:30 min.)

Apriete los puños, tense los bíceps, las piernas, tire los hombros hacia delante y tense su cuerpo entero, respirando profunda y lentamente.

Ejercicio	Síntomas	Miedo (0-100)	Síntomas (0-100)
1. Mover la cabeza de lado a lado	Mareo, palpitaciones		
2. Girar en la silla giratoria	Mareo, palpitaciones desrealización.		
3. Sentado, poner la cabeza entre las piernas por y levantarla rápidamente	Mareo, falta de aire		
4. Mantener la respiración	Falta de aire		
5. Hiperventilar	Mareo, falta de aire		
6. Respirar a través de una pajilla delgada	Palpitaciones, falta de aire.		
7. Generar calor	Sudoración, sensación		

	de desmayo.		
8. Compresión en la garganta	Opresión en la garganta.		
9 Colocar un depresor en la parte posterior de la lengua.	Náuseas.		
10. Mirarse en el espejo	Desrealización		
11. Mirar un punto pequeño en la pared	Desrealización		
12. Mirar fijo una luz en el techo por y luego intentar leer	Desrealización, desorientación.		
13. Visualización	Todos sus síntomas habituales		
14. Vértigo	Palpitaciones, falta de aire		
15. Ingestión de cafeína.	Taquicardia, tensión.		
16. Trotar en el lugar	Falta de aire, sudor, taquicardia.		
17. Tensionar todo el cuerpo	Sudor, rubores		

Recomendaciones:

Tómese unos minutos después de cada experiencia para ver qué sensaciones y pensamientos le convocan, es también una oportunidad de aplicar las estrategias cognitivas aprendidas. Cada vez que esté ansioso, desafíe sus propios pensamientos, evalúe qué distorsiones cognitivas estas ocurriendo. Elabore hipótesis alternativas.

Luego de uno o dos meses de practicar todos los días, habrá concluido su entrenamiento interoceptivo. Considere que toda la serie de ejercicios estará concluida, cuando su nivel de ansiedad ante cualquiera de ellos no pase de 2.

PASO 5. EXPOSICIÓN EN VIVO **CÓMO LLEVAR A CABO LA EXPOSICIÓN**

Utilizar la exposición para eliminar los temores irracionales no tiene nada de extraño, es la forma natural en que todos aprendemos a superar los miedos irracionales.

Por Ej., Si alguien tiene fobia a los ascensores porque teme quedarse aprisionado, o teme ponerse muy nervioso; si sube en ellos en repetidas ocasiones y comprueba que sus temores no se cumplen, desaparecerá su miedo.

Del mismo modo, si alguien teme hablar en público, recibir críticas o iniciar conversaciones con desconocidos, la exposición reiterada a ese tipo de situaciones lo llevará a habituarse a ellas sin experimentar ansiedad, y a darse cuenta de que sus temores irracionales acerca de ellas no tienen ninguna base real.

Es algo parecido a lo que ocurre al empezar a conducir un automóvil: al principio uno teme ponerse tan nervioso que cometa alguna torpeza y provoque algún accidente, pero afrontándolo poco a poco, uno se llega a convencer de que puede conducir sin problemas, y su temor y ansiedad van disminuyendo hasta desaparecer.

Para que sea eficaz, la exposición tiene que combinarse con el **manejo de pensamientos**: detectar pensamientos negativos que lo hacen sentir mal y modificarlos por pensamientos realistas.

PAUTAS A SEGUIR EN LA EXPOSICIÓN A SITUACIONES TEMIDAS

La exposición debe ser **gradual**. Empezar por situaciones que le produzcan poca ansiedad y vaya avanzando hasta llegar a las situaciones que le producen mayor ansiedad y que más tienda a evitar. Hágalo lo más rápido que buenamente pueda, pero **sin forzarse** hasta el punto de experimentar una ansiedad excesiva.

Para ello:

- 1) Haga un **listado de situaciones temidas**, anotando en cada una el grado de dificultad o ansiedad que cree que le pueden producir,
- 2) Ordénelas de menor a mayor dificultad,
- 3) **Antes** de exponerse a una situación, identifique y cuestione sus pensamientos negativos relativos a la misma. Los pensamientos reestructurados pueden ser utilizados como **autoinstrucciones** durante la exposición.
- 4) Vaya practicando, primero con las más fáciles y, después, con las siguientes en cuanto al grado de ansiedad que le provocan.
- 5) Luego de la exposición, lleve a cabo una evaluación realista de lo ocurrido, aquí vuelve a jugar un papel importante la **reestructuración cognitiva**.

Puede empezar con la **exposición en la imaginación**, visualizando las situaciones que le daban miedo, con todas las modalidades sensoriales: imágenes, sonidos, sensaciones, incluyendo lo que se dice a usted mismo, lo que dicen otras personas que lo rodean; es decir, la visualización de esas situaciones temidas debe ser lo más realista posible, para que sea eficaz. Una vez conseguida la visualización de las escenas temidas, la 2ª parte consistirá en imaginar que ahora las afronta sintiéndose tranquilo y relajado, y muy orgulloso de usted mismo porque está superando su agorafobia.

La exposición en la imaginación será el **primer paso**. Después tiene que ir afrontando las situaciones temidas en la vida real. Para ello haga un listado de situaciones que le producen temor y vaya afrontándolas, empezando por las más fáciles.

Cada vez que lleve a cabo un ejercicio de exposición, anote los resultados en un registro como el que aparece a continuación. (Hay un registro apaisado en el anexo al final de este manual)

Día	Situación a la que se expone	Hora de		Nivel máximo de ansiedad (0-100)			¿Ha tenido que usar técnicas de afrontamiento tales como la relajación, respiración, distracción, cambiar pensamientos, etc?
		Inicio	Fin	Antes	Durante	Final	

Incluya en la exposición todas aquellas situaciones que evite o que afronta con temor y ansiedad, siempre que superarlas pueda ser beneficioso para usted. Se trata de superar cualquier miedo irracional que lo limite o le cree dificultades.

Haga exposición a diario, aunque no se encuentre muy bien, al menos 1 hora. Practicar en los días malos es importante, ya que le permite aprender a hacer frente al malestar sin acobardarse. Lo poco que haga en un día malo puede resultarle más valioso que una tarea más difícil en un "día bueno".

Siga analizando sus pensamientos, antes y después de cada exposición y en los momentos de ansiedad elevada. Trate de considerar las sesiones de exposición como **experimentos** dirigidos a poner a prueba sus creencias catastrofistas. Comente esos pensamientos con alguna otra persona de confianza y, siempre que pueda, use el registro de pensamientos.

Utilice la motivación positiva. Antes de comenzar cada práctica de exposición, piense en los beneficios que le supondrá (a medio y largo plazo) realizarla y poder superar su problema. Fije su atención en los progresos que va consiguiendo, por pequeños que sean. Esto se ve facilitado al rellenar y revisar los registros diarios de exposición.

Además de reconocer sus avances, elógiase por ellos, felicítase por sus progresos, cuente sus logros a las personas de confianza y concédase pequeños premios cuando consiga ciertos objetivos.

No menosprecie los logros conseguidos, aunque sean pequeños. Anote los pensamientos negativos que obstaculizan la exposición y los pensamientos positivos alternativos. Ej:

Pensamientos negativos que quitan importancia a sus logros:	Pensamientos positivos que le ayudan a verlos en forma más realista y positiva:
<i>Cualquiera haría esto sin ningún esfuerzo</i>	<i>No les resultaría fácil si tuviesen una agorafobia</i>
<i>Debería haberlo hecho mejor</i>	<i>Con el tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda</i>
<i>Nadie pensaría que eso era importante</i>	<i>Algunos no lo entenderían, pero yo sé lo importante que es</i>

Aunque tiene que practicar cada día, esto no quiere decir que deba conseguir necesariamente los objetivos propuestos. Lo importante es practicar, aunque a veces el progreso sea más lento de lo que querría.

Es normal y beneficioso que experimente algo de temor o ansiedad durante la exposición.

Recuerde que el programa de la ansiedad debe estar algo activado para poder modificarlo.

Si la ansiedad es demasiado elevada puede usar las técnicas de control de la ansiedad explicadas antes (respiración diafragmática lenta, cambio de pensamientos, relajación y distracción), hasta reducirla y mantenerla a niveles manejables.

Si experimenta ansiedad anticipatoria (por temor a llevar a cabo una tarea de exposición) en un grado elevado y siente el impulso de evitar la tarea, use las técnicas que ha aprendido para reducir la ansiedad, rellena un registro de pensamientos y cuando esté más tranquilo inicie la exposición.

Algunos pacientes creen que al exponerse a las situaciones temidas, la ansiedad subirá más y más, sin que nada la frene, hasta que les ocurra algo malo.

Pero se equivocan: la ansiedad, por muy fuerte que sea, **solo puede subir hasta cierto punto y después baja** aunque no abandone la situación temida. Es algo parecido a lo que ocurre si lanza una flecha al aire: por más que tense el arco, la flecha sube hasta un punto y después empieza a caer.

Si en una situación de exposición no experimenta ni el menor grado de ansiedad; debe procurar provocarse algo. Puede conseguirlo cambiando la situación a la que se expone; de modo que sí que se produzca algo de ansiedad.

Debe intentar permanecer en la situación hasta que observe una reducción clara de la ansiedad y hasta que desaparezca el posible deseo de escapar.

Debe repetir cada tarea más de una vez, a ser posible en el mismo día, hasta conseguir dos prácticas consecutivas en que no haya experimentado ansiedad o en que haya conseguido reducir ésta de un modo rápido. Sólo entonces empezará con la siguiente tarea, un poco más difícil.

El progreso no suele ser lineal. Es normal que haya altibajos y contratiempos. Aunque al principio puede usar alguna técnica como la respiración, la distracción o las autoinstrucciones, el avance en las tareas de exposición implica que llegará un momento en que tendrá que eliminar, gradualmente, cualquier *conducta de evitación o de búsqueda de seguridad*, como: no mirar a la cara a la gente, permanecer silencioso, hablar incesantemente, o no atreverse a expresar sus opiniones.

Ejemplo de un registro de exposición a situaciones temidas relleno por un paciente

Día	Situación a la que se expone	Hora de		Nivel máximo de ansiedad (0-100)			¿Ha tenido que usar técnicas de afrontamiento tales como la relajación, respiración, distracción, cambiar pensamientos, etc?
		Inicio	Fin	Antes Final	Durante		
4-1	Ir al super	9	11	80	50	20	Distracción
5-1	Manejar	10	13	70	40	0	Cambiar los pensamientos
6-1	Caminar hasta el trabajo	8	8,30	70	60	0	Respiración, autoinstrucciones
7-1	Ir de compras	8	8,35	80	50	0	Ninguna

CONSEJOS PARA FACILITAR LA EXPOSICIÓN Y MEJORAR SU EFICACIA

- 1) La práctica de la exposición debe ser planeada, estructurada y predecible.
Decida de antemano qué va a hacer en la situación y cuánto se va a quedar en ella. Planéelo antes y anótelos en su agenda. Tenga un plan alternativo por si acaso.
- 2) La exposición debe ser gradual.
No asuma que tiene que hacer lo más difícil para usted. Trate de elegir cosas que sean desafiantes pero que no sean demasiado desafiantes, es decir, situaciones que generen ansiedad moderada.
- 3) No utilice estrategias de evitación sutiles durante las prácticas.
Tales como llevar una botellita de agua, anteojos oscuros, etc.
- 4) Mida su miedo en la escala de 0 a 100.
Esto es para saber si la ansiedad sube o baja durante la exposición.
- 5) Trate de no luchar contra su miedo.
Luchar va a lograr el efecto de incrementar sus sentimientos de ansiedad. En lugar de ello, deje que pasen. Lo peor que puede pasar es que se sienta incómodo.
- 6) Las exposiciones deben ser repetidas y a intervalos regulares.
A intervalos más cercanos, más reducción del miedo. Es una buena idea repetir la misma situación hasta que se haga fácil.
- 7) La exposición tiene que ser lo suficientemente larga para reducir la ansiedad.
¡Esto puede llevar inclusive horas!

8) Utilice las estrategias cognitivas.

9) Espere sentirse incómodo.

Es perfectamente normal. El éxito no es no sentir incomodidad, sino quedarse.

Bibliografía

- ▯ Anthony, Swinson. (2000) *Phobic disorders*. American Psychological Press: Washington
- ▯ Barlow, D; Cerny, (1988) *Psychological treatment of panic*. Guilford: New York.
- ▯ Bernstein (1973) *Entrenamiento en relajación muscular*. Bilbao: Desclée de Brower.
- ▯ Cía, Alfredo (2000) *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*. Buenos Aires: El ateneo.
- ▯ McKay, M,; Davis, M; Fanning, P (1997) *Thoughts and feelings*. Oakland: New Harbinger.
- ▯ Roca, Elía (1997) *Superar el pánico*. Siglo XXI: Madrid. (Paso 1: Entender el pánico, extraído del libro)

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Vol. 1: Trastornos por ansiedad,
sexuales, afectivos y psicóticos

TODOS los capítulos que componen el presente manual son originales y han sido escritos (en inglés o español) expresamente para el mismo. Los siguientes capítulos han sido traducidos y adaptados del inglés por V. E. Caballo: Caps. núms.: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 y 23.

por

VICENTE E. CABALLO
(dir.)





siglo veintiuno editores, sa
ERRO DEL AGUA, 248 04310 MEXICO, D.F

siglo veintiuno de españa editores, sa
PLAZA, S. 28043 MADRID ESPAÑA

ÍNDICE

PRÓLOGO, Hans J. Eysenck	XVII
PREFACIO, Vicente E. Caballo	XIX
RELACIÓN DE AUTORES	XXIII

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. FOBIA ESPECÍFICA, Martin M. Antony y David H. Barlow	3
I. INTRODUCCIÓN	3
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EXPOSICIÓN...	5
III. HALLAZGOS EMPÍRICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS	7
III.1. Espaciamiento y duración de las sesiones de exposición	8
III.2. El grado de implicación del terapeuta	9
III.3. La distracción durante las sesiones de exposición	10
III.4. La exposición en vivo <i>versus</i> la exposición en la imaginación	10
III.5. Combinación de otras estrategias con la exposición	10
IV. UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA	11
IV.1. Evaluación inicial y presentación del tratamiento	11
IV.2. La preparación de las prácticas de exposición	14
IV.3. Llevando a cabo las prácticas de exposición	16
IV.4. Las prácticas entre sesiones	17
IV.5. Otras estrategias de tratamiento	18
V. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS	21
REFERENCIAS	21
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	24
2. FOBIA SOCIAL, Vicente E. Caballo, Verania Andrés y Francisco Bas	25
I. INTRODUCCIÓN	25
II. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS	26
III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL	29
III.1. Condicionamiento clásico, operante y vicario	29
III.2. Conciencia pública de uno mismo	30
III.3. Presentación de uno mismo	31
III.4. La vulnerabilidad	31
IV. UN MODELO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA FOBIA/ANSIEDAD SOCIAL	32
V. RESULTADOS EMPÍRICOS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA FOBIA SOCIAL	32

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea mecánico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) sin el consentimiento escrito de los editores. No se permite el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en forma magnética, sonora, visual o de cualquier otro tipo sin el permiso expreso del editor.

Primera edición, enero de 1997

Siglo XXI de España Editores, S. A.
Calle Plaza, 5. 28043 Madrid
Vicente E. Caballo

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain

Diseño de la cubierta: Pedro Arjona

ISBN: 84-323-0944-3 (obra completa)

ISBN: 84-323-0943-5 (vol. 1)

Depósito legal: M-41.277-1996

Composición e impresión: EFCA, S.A.

que Industrial «Las Monjas».

50 Torrejón de Ardoz (Madrid)

1. FOBIA ESPECÍFICA

MARTIN M. ANTONY y DAVID H. BARLOW

I. INTRODUCCIÓN

En el *DSM-IV* (APA, 1994), la fobia específica se define como un temor acusado y persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. El individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o poco razonable, tiene que estar asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temidos. En algunos individuos, la evitación fóbica es mínima, aunque la exposición a la situación produce con toda seguridad niveles intensos de ansiedad. Las fobias específicas se pueden diferenciar de otros trastornos fóbicos basándose en los tipos de situaciones que se evitan así como en las características asociadas al trastorno. Por ejemplo, es probable que los individuos que evitan un conjunto de situaciones específicas asociadas de forma típica con la agorafobia (p. ej., multitudes, conducir, lugares cerrados) reciban un diagnóstico de trastorno por pánico con agorafobia, especialmente si el centro de la aprensión en la situación temida es la posibilidad de experimentar un ataque de pánico. De igual manera, una persona que teme y evita situaciones que entrañan evaluación social (p. ej., hablar en público, conocer a nuevas personas) es probable que reciba un diagnóstico de fobia social. En el *DSM-IV* no se asigna un diagnóstico de fobia específica si el temor se explica mejor por otro trastorno mental.

El *DSM-IV* incluye cinco tipos principales de fobia específica: tipo animal, tipo ambiente natural, tipo sangre/inyecciones/sufrir daño, tipo situacional y otros tipos. La introducción de estos tipos se basó en una serie de informes del grupo de trabajo para los trastornos por ansiedad del *DSM-IV* (véanse Craske, 1989; Curtis, Himle, Lewis y Lee, 1989) que mostraba que los tipos de fobia específica tienden a diferenciarse en un grupo de dimensiones, incluyendo la edad de aparición, la composición por género, los patrones de covariación entre fobias, el centro de la aprensión (p. ej., ansiedad basada en sensaciones físicas), el momento en que se presenta, el grado de predicción de la respuesta fóbica, y el tipo de reacción física durante la exposición al objeto o situación temidos.

Las *fobias de tipo animal* pueden incluir temores hacia cualquier animal, aunque los animales más temidos incluyen a las serpientes, las arañas, los insectos, los gatos, los ratones y los pájaros. Las *fobias a los animales* tienen su inicio

normalmente en la infancia y la edad de aparición suele ser más temprana que en los otros tipos de fobia (Himle, McPhee, Cameron y Curtis, 1989; Marks y Gelder, 1966; Öst, 1987). Además, son más frecuentes entre las mujeres que en los hombres, dándose unos porcentajes que van desde el 75% de mujeres en estudios epidemiológicos (Abras, Sylvester y Oliveau, 1969; Bourdon *et al.*, 1988) hasta el 95% ó más en estudios de pacientes clínicos (Himle *et al.*, 1989; Marks y Gelder, 1966; Öst, 1987). En las mujeres, las fobias a los animales se encuentran entre los tipos más frecuentes de fobia específica (Bourdon *et al.*, 1988).

Las fobias al ambiente natural incluyen miedos a las tormentas, al agua y a las alturas. Estos temores son muy frecuentes; de hecho, entre los hombres, el temor a las alturas es la fobia específica más frecuente (Bourdon *et al.*, 1988). Los miedos al ambiente natural suelen comenzar en la infancia, aunque existen evidencias de que las fobias a las alturas aparecen más tarde que otras fobias de este mismo tipo (Curtis, Hill y Lewis, 1990). Amplios estudios epidemiológicos han encontrado que las fobias a las tormentas y al agua son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Por ejemplo, desde el 78% (Bourdon *et al.*, 1988) hasta el 100% (Abras *et al.*, 1969) de los individuos con fobias a las tormentas tienden a ser mujeres. Con respecto a la razón por sexo, las fobias a las alturas parecen ser diferentes a las otras fobias al ambiente natural, ya que sólo el 58% de los individuos con fobias a las alturas suelen ser mujeres. Estos datos, así como otros hallazgos recientes (p. ej., Antony, 1994) sugieren que es posible que las fobias a las alturas no sean representativas del tipo ambiente natural.

Las fobias a la sangre/inyecciones/sufrir daño incluyen los miedos a ver sangre, recibir inyecciones, observar o sufrir procedimientos quirúrgicos y otras situaciones médicas similares. Suelen comenzar en la infancia o principio de la adolescencia y son más frecuentes en mujeres, aunque las diferencias debidas al sexo son menos acusadas que en las fobias a los animales (Abras *et al.*, 1969; Öst, 1987, 1992). A diferencia de otras fobias, las que son a la sangre/inyecciones/sufrir daño se encuentran asociadas a menudo a una respuesta fisiológica bifásica durante la exposición a las situaciones temidas. Esta respuesta comienza con un aumento inicial de la activación, seguido por una brusca caída en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea, lo que a veces produce desmayos. Aproximadamente, el 70% de los individuos con fobia a la sangre y el 56% de los que tienen fobia a las inyecciones relatan una historia de desmayos en la situación temida (Öst, 1992). Como se verá en una sección posterior, la tendencia de los individuos con miedo a la sangre y a las inyecciones a desmayarse ha llevado a estrategias de tratamiento específicas para evitar los desmayos en este grupo.

Las fobias tipo situacional incluyen fobias específicas a situaciones que temen a menudo los individuos con agorafobia. Ejemplos típicos incluyen lugares cerrados, conducir, ascensores y aviones. Las fobias situacionales suelen tener una edad media de aparición en la década de los veinte (Himle *et al.*, 1989; Öst, 1987) y tienden a ser más frecuentes en mujeres que en hombres. Es más probable que las fobias situacionales estén asociadas con ataques de pánico demorados e impredecibles, según algunos estudios (Antony, 1994; Ehlers, Hofmann, Herda y Roth, en prensa), aunque otros han encontrado resultados contradictorios (p. ej., Craske y Sipsas, 1992).

Finalmente, en el DSM-IV se incluyó un apartado denominado «otros tipos» para describir a las fobias que no se clasifican fácilmente utilizando los cuatro principales tipos de fobia específica. Ejemplos de fobias incluidas en la sección de «otros tipos» incluyen los temores de asfixiarse, vomitar y a los globos, aunque cualquier fobia que no se clasifique fácilmente como uno de los otros cuatro tipos se incluiría en esta categoría.

En general, la fobia específica es el diagnóstico más frecuente de los trastornos por ansiedad y se encuentra entre los de mayor prevalencia de todos los trastornos psicológicos. La prevalencia estimada durante toda la vida para la fobia específica se encuentra alrededor del 14,45 al 15,7 % entre las mujeres y del 6,7 al 7,75% en los hombres (Eaton, Dryman y Weissman, 1991; Kessler *et al.*, 1994). A pesar de su prevalencia, todavía hay mucho que aprender sobre la naturaleza y el tratamiento de las fobias específicas. Aunque los temores subclínicos en estudiantes universitarios han sido estudiados ampliamente por investigadores que tratan de comprender la naturaleza del miedo y los métodos para la reducción del mismo, pocos estudios han examinado la psicopatología y el tratamiento de fobias específicas en pacientes clínicos. Además, los estudios que se han realizado suelen centrarse en un rango relativamente restringido de fobias, el tamaño de la muestra es pequeño y no han explorado las diferencias en la respuesta al tratamiento de los tipos de fobia específica. Sin embargo, existen cada vez más pruebas de que las fobias específicas se encuentran entre los trastornos que mejor tratamiento tienen. La mayoría de los individuos con fobias a los animales, a la sangre y a las inyecciones es capaz de superar sus fobias en tan sólo una sesión de exposición sistemática a la situación temida (Öst, 1989).

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EXPOSICIÓN

Se piensa que la exposición al objeto o situación temidos es un componente esencial de todo tratamiento con éxito de la fobia específica (Marks, 1987), aunque no están claros todavía los mecanismos a través de los cuales la exposición ejerce sus efectos. Barlow (1988) resumió algunas de las principales teorías que explican el proceso de la reducción del miedo. En primer lugar, Lader y Wing (1966) propusieron a la *habitación* para explicar los efectos terapéuticos de la desensibilización sistemática. La habitación es un proceso de familiarización con el objeto o situación y, por consiguiente, se responde cada vez menos a un determinado estímulo con el paso del tiempo (es decir, sucede lo mismo que cuando notamos cada vez menos un olor particular con una exposición prolongada). Este proceso produce normalmente cambios en la respuesta sólo a corto plazo y parece afectar a las respuestas fisiológicas (p. ej., respuesta galvánica de la piel) más que a los sentimientos subjetivos. Se supone que el papel del aprendizaje en la habitación es mínimo. Las evidencias sobre el papel de la habitación en la reducción del miedo es contradictoria.

Un modelo más popular para explicar los efectos terapéuticos de la exposición ha sido el proceso de la *extinción*. Ésta implica la debilitación de una respuesta condicionada por la eliminación del refuerzo. Según el modelo bifactorial de Mowrer (1960) sobre el desarrollo del miedo, un temor (p. ej., una fobia a los perros) comienza cuando un estímulo neutral (p. ej., un perro) se empareja por medio del condicionamiento clásico con un estímulo incondicionado aversivo (p. ej., que le muerdan a uno). De acuerdo con Mowrer, el temor se mantiene por el refuerzo negativo que resulta de una evitación del estímulo condicionado. En otras palabras, la conducta de evitación impide que tengan lugar los síntomas aversivos asociados con el objeto temido y, por consiguiente, se refuerza de modo operante. En teoría, la exposición termina con el refuerzo negativo asociado a la evitación y, en consecuencia, conduce a la extinción del miedo. Se supone que la extinción entraña un nuevo aprendizaje (es decir, cambios en la forma en que se procesa la información) y suele tener efectos duraderos en comparación con la habituación. Sin embargo, existen evidencias que ponen en duda el valor de la extinción como modelo de la reducción del miedo. Por ejemplo, algunos estudios (Rachman, Craske, Tallman y Solyom, 1986) han mostrado que la exposición parece ser eficaz para reducir el temor especialmente a largo plazo, incluso cuando un individuo escapa de la situación antes de alcanzar el nivel máximo de ansiedad. Sin embargo, contrariamente a este hallazgo y consistente con la teoría de la extinción, numerosos estudios han mostrado que la exposición de larga duración es más eficaz para reducir el miedo que la exposición de duración más corta (Marks, 1987).

Consistente con las modernas teorías del condicionamiento (p. ej., Rescorla, 1988), los *factores cognitivos* juegan un importante papel en la disminución del miedo. Los datos están empezando a converger, sugiriendo que variables tales como el control percibido (Sanderson, Rapee y Barlow, 1989), la presencia de señales de seguridad, como el cónyuge (Carter, Hollon, Carson y Shelton, 1995), y el grado de predicción de la exposición (Lopatka, 1989) afectan a los niveles de miedo durante la exposición a la situación temida.

Además, se han propuesto teorías sobre el *procesamiento emocional* (p. ej., Foa y Kozak, 1986; Rachman, 1980) para explicar el proceso de reducción del miedo empleando un marco teórico emocional (p. ej., Lang, 1985). Según Foa y Kozak (1986), la exposición a una situación temida proporciona información que es inconsistente con la almacenada previamente en la memoria emocional. Por ejemplo, la habituación durante una sesión determinada muestra que el miedo no dura eternamente y que es posible estar en la presencia de un objeto temido previamente sin sentirse asustado. Igualmente, la exposición repetida enseña a un individuo que la probabilidad de peligro en la situación temida es baja. En teoría, el procesamiento emocional depende de la activación de estructuras de ansiedad apropiadas almacenadas en la memoria. Las variables propuestas que interfieren con el procesamiento emocional incluyen a la distracción, a la activación autónoma que sea demasiado alta (de modo que puede que no se produzca la habituación dentro de la sesión) y la activación autónoma que sea demasiado baja (reflejando una activación incompleta de la estructura de ansiedad).

Lo mismo que sucede con los otros modelos que se han visto, las evidencias

que apoyan el procesamiento emocional como modelo de la reducción del miedo son contradictorias (Barlow, 1988). Por ejemplo, los estudios que examinan los efectos de la distracción sobre la disminución del miedo durante la exposición han arrojado resultados dispares (Rodríguez y Craske, 1993b). Igualmente, Holden y Barlow (1986) encontraron que la relación entre la activación y la ansiedad es más complicada que lo que predicen las teorías del procesamiento emocional. Específicamente, Holden y Barlow (1986) hicieron que un grupo de individuos con agorafobia y otro sin ningún trastorno mental pasaran una prueba estándar de aproximación conductual que entrañaba marcharse de un lugar seguro. Ambos grupos comenzaron con tasas cardíacas elevadas y mostraron reducciones graduales similares de la tasa cardíaca durante la prueba conductual. Este hallazgo ocurrió a pesar del hecho de que los sujetos sin trastorno mental no informaron de ansiedad durante la prueba conductual.

Es demasiado pronto para decir exactamente cómo produce la exposición una disminución del temor. Además, es posible que las teorías mencionadas anteriormente no sean explicaciones mutuamente exclusivas. Aunque ninguna de las teorías explica totalmente el proceso de la reducción del miedo, cada una de ellas explica alguna parte de la historia. Por ejemplo, la habituación y la extinción pueden estar implicadas en la reducción del miedo dentro de las sesiones, mientras que la extinción puede ser más relevante para explicar la disminución del miedo entre sesiones. Variables tales como el control y la seguridad percibidos, la predecibilidad y el procesamiento emocional pueden mediar en parte los cambios que tienen lugar durante la habituación y la extinción. Finalmente, la exposición repetida puede tener impacto sobre determinadas variables fisiológicas que parecen estar relacionadas con la experiencia del miedo. Como se puede ver en la revisión de Barlow (1988), la exposición crónica a los estímulos que se temen puede producir una reducción general de la noradrenalina, que tiende a asociarse con ciertos cambios conductuales consistentes con el proceso de "endurecerse" o desarrollar una mayor tolerancia a los estímulos aversivos (Gray, 1985). En resumen, es posible que los mecanismos a través de los cuales la exposición produce una disminución del miedo estén determinados por múltiples factores. Las teorías unidimensionales probablemente sean inadecuadas para explicar el proceso de la reducción del miedo. En la medida en que los investigadores empiecen a examinar cómo interactúan las variables cognitivas, conductuales y fisiológicas para producir cambios en el miedo durante el tratamiento, entonces empezaremos a comprender cómo funciona la exposición.

III. HALLAZGOS EMPÍRICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Numerosos estudios han mostrado que los tratamientos basados en la exposición son eficaces para reducir temores específicos. Específicamente, se ha encontrado que la exposición es eficaz para la fobia a la sangre (Öst *et al.*, 1984), a las inyecciones (Öst, 1989), a los dentistas (Liddell *et al.*, 1991; Jerremalm, Jansson y

Öst, 1986), a los animales (Foa *et al.*, 1977; Muris *et al.*, 1993; O'Brien y Kelley, 1980; Öst, Salkovskis y Hellström, 1991), a lugares cerrados (Booth y Rachman, 1992; Öst, Johansson y Jerremalm, 1982), a volar (Denholtz y Mann, 1975; Howard, Murphy y Clarke, 1983; Solyom *et al.*, 1973), a las alturas (Baker, Cohen y Saunders, 1973; Bourque y Ladouceur, 1980; Marshall, 1988) y a asfixiarse (Ball y Otto, 1993; McNally, 1986).

En muchos casos, la forma en que se lleve a cabo la exposición puede tener impacto sobre su eficacia. Los tratamientos basados en la exposición pueden variar en numerosas dimensiones, incluyendo el grado de implicación del terapeuta, la duración de la exposición, la inclusión de estrategias adicionales de tratamiento (p. ej., reestructuración cognitiva, relajación), la intensidad de la exposición, la frecuencia de las sesiones, el número de las mismas, las señales estimulantes a las que se expone al individuo (p. ej., sensaciones internas *versus* situaciones externas) y el grado en el que se afronta la situación en la vida real *versus* en la imaginación.

Además, las relaciones entre estas variables y el éxito del tratamiento pueden variar dependiendo del tipo de fobia, de la naturaleza de la reacción de temor y de otras variables que son distintas según los pacientes. Por ejemplo, Öst *et al.* (1982) demostraron que individuos con claustrofobia que respondían básicamente de forma conductual (es decir, cuyo patrón principal de respuesta era la evitación) se beneficiaron más de la exposición que del entrenamiento en relación aplicada. Por el contrario, pacientes con claustrofobia que respondían fundamentalmente de manera fisiológica (es decir, cuya respuesta principal era un aumento de la activación ante la exposición a la situación) respondían mejor a la relajación aplicada. Sin embargo, este hallazgo no se confirmó en un grupo de individuos con miedo a los dentistas (Jerremalm *et al.*, 1986).

III.1. Espaciamiento y duración de las sesiones de exposición

Parece que las sesiones de exposición más largas son más eficaces que las sesiones más cortas en la mayoría de los casos (Marks, 1987). Además, la exposición parece funcionar mejor si no hay mucho distanciamiento entre las sesiones. Por ejemplo, Foa *et al.* (1980) encontraron que el tratamiento de la agorafobia era más eficaz con 10 sesiones diarias de exposición que con 10 sesiones semanales. Sin embargo, el grado de aplicación de este hallazgo a las fobias específicas no está claro, especialmente a la luz del hecho de que hasta un 90% de los individuos con fobias a los animales y a las inyecciones pueden ser tratados con éxito (es decir, muy mejorado o completamente curado) en una sola sesión de tratamiento por medio de la exposición y del modelado del terapeuta (Muris *et al.*, 1993; Öst, 1989).

Los modelos sobre la reducción del miedo predicen que la exposición debería funcionar mejor cuando se evita que los pacientes escapen antes de que el temor haya disminuido. Los estudios que examinan esta variable han arrojado resultados contradictorios. Por ejemplo, De Silva y Rachman (1984) y Rachman *et al.* (1986) encontraron que el marcharse antes de que el temor haya llegado a

su máximo no tenía efectos sobre la eficacia de la exposición para la agorafobia. Por el contrario, Marks (1987) revisó numerosos estudios que mostraban que la exposición prolongada era más eficaz que la exposición de duración más corta. Pero, ¿en qué momento se termina la exposición? Gauthier y Marshall (1977) examinaron varios criterios por los que un clínico podría decidir terminar las sesiones de exposición en el caso de una fobia a las serpientes. Concretamente, examinaron la eficacia del tratamiento cuando la finalización de las sesiones de exposición estaba determinada por la vuelta a la línea base de cada una de las siguientes medidas: tasa cardíaca, ansiedad autoinformada por parte del paciente, la ansiedad del sujeto evaluada por dos observadores independientes y una mezcla de las tres medidas. El terminar las sesiones basándose en la reducción de la ansiedad evaluada por observadores produjo los mayores beneficios terapéuticos, en comparación con los otros métodos.

III.2. El grado de implicación del terapeuta

Los hallazgos han sido inconsistentes con respecto a la importancia de que haya un terapeuta presente durante las sesiones de exposición. Marks (1987) revisó numerosos estudios que mostraban que la autoexposición era eficaz para el tratamiento de distintos trastornos fóbicos, incluyendo la agorafobia, la ansiedad social y el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, en el caso de las fobias específicas, parece que cierta implicación del terapeuta parece mejor que la ausencia de la misma. Öst, Salkovskis y Hellström (1991) encontraron que el 71% de los individuos con fobia a las serpientes mejoraban clínicamente después de la exposición asistida por el terapeuta, mientras que cuando la exposición era dirigida por uno mismo sólo mejoraba el 6%. Igualmente, O'Brien y Kelley (1980) encontraron que las sesiones de exposición que estaban asistidas en su mayor parte por el terapeuta eran significativamente más eficaces para reducir el temor a las serpientes que las sesiones que eran en su mayor parte o exclusivamente autodirigidas y ligeramente mejores que las sesiones que estaban totalmente asistidas por el terapeuta. Estos datos sugieren que la implicación del terapeuta es importante para superar las fobias a los animales, aunque también se debería enseñar al final a los pacientes a afrontar la situación por sí mismos. Bourque y Ladouceur (1980) no encontraron diferencias entre la exposición llevada a cabo con y sin el terapeuta presente, en el tratamiento de la fobia a las alturas. Sin embargo, el número de pacientes por grupo, en este estudio, era pequeño y los pacientes se encontraban con el terapeuta antes y después de la sesión de exposición en todas las condiciones de tratamiento. En otras palabras, incluso en las condiciones en que el terapeuta no estaba presente durante la exposición, las sesiones no eran totalmente autodirigidas. Se necesitan claramente más estudios para examinar los beneficios de la autoexposición para otros tipos de fobia específica.

III.3. La distracción durante las sesiones de exposición

Aunque la mayoría de los modelos sobre la reducción del miedo predicen que la distracción debería interferir con la eficacia de la exposición, los estudios sobre los efectos de la distracción han arrojado resultados contradictorios. Rodríguez y Craske (1993a) revisaron la literatura sobre la distracción durante la exposición a estímulos fóbicos y concluyeron que los efectos específicos de la distracción pueden depender de una serie de variables, incluyendo la forma en que se evalúa la ansiedad (p. ej., activación fisiológica *versus* ansiedad subjetiva), el tipo de distracción (p. ej., perceptiva *versus* cognitiva), el centro de la distracción (p. ej., distraerse del estímulo o de la situación *versus* hacerlo con respecto a la respuesta o a las sensaciones físicas), la calidad afectiva del estímulo distractor y la intensidad del miedo. Rodríguez y Craske (1993b) encontraron que era más probable que la distracción redujera los efectos de la exposición bajo condiciones de elevada intensidad en el caso de fobias a los animales. Además, Muris *et al.* (1993) sugirieron que determinadas diferencias en el estilo de afrontamiento pueden predecir los efectos de la distracción para un individuo específico. Concretamente, encontraron que individuos con fobia a las serpientes que eran «vigilantes» (es decir, que solían buscar información relevante al temor) respondían menos a la exposición focalizada que individuos «embotados» (es decir, los que solían evitar la información relacionada con el temor). Sugirieron que los sujetos vigilantes podrían beneficiarse más del tratamiento si se les distrajera de vez en cuando, aunque esta hipótesis tiene todavía que comprobarse.

III.4. La exposición en vivo versus la exposición en la imaginación

La exposición puede llevarse a cabo de determinadas formas. Aunque la exposición en la imaginación puede ser un método eficaz para reducir el miedo (p. ej., Baker *et al.*, 1973; Foa *et al.*, 1977), se acepta generalmente que la exposición en vivo es más eficaz que la exposición por medio de la imaginación (Marks, 1987). Por supuesto, la exposición en vivo no siempre es posible, especialmente cuando el afrontamiento directo de la situación temida es peligroso (p. ej., fobia a ser atacado), impracticable (p. ej., fobia a los monstruos) o difícil (p. ej., fobia a las tormentas, a volar). En esos casos, la exposición por medio de la imaginación puede ser una ayuda eficaz o un sustituto para la exposición directa o en vivo.

III.5. Combinación de otras estrategias con la exposición

Finalmente, ciertos tipos de fobia pueden beneficiarse de estrategias de tratamiento especializadas. El mejor ejemplo es el tratamiento de la fobia a la sangre por medio de la tensión aplicada (Kozak y Montgomery, 1981; Öst y Sterner, 1987). Debido al elevado porcentaje de individuos con fobia a la sangre que se desmayan en la situación que temen, se han desarrollado y puesto a prueba es-

trategias para evitar el desmayo en personas con fobia a la sangre. El desmayo tiende a ocurrir cuando un individuo experimenta una disminución repentina de la presión sanguínea después de la exposición a una situación con sangre. Por consiguiente, los investigadores han estudiado el empleo de la tensión aplicada (un método que aumenta temporalmente la presión sanguínea) para el tratamiento de la fobia a la sangre. Se ha demostrado de forma repetida que la tensión aplicada es un tratamiento eficaz para la fobia a la sangre (Öst *et al.*, 1984; Öst y Sterner, 1987). De hecho, la tensión aplicada puede ser un tratamiento más eficaz que la sola exposición (Öst, Fellenius y Sterner, 1991).

Además, se han utilizado otras estrategias solas o en combinación con la exposición en vivo, como la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva (es decir, la exposición a las sensaciones temidas) y la relajación aplicada. Se sabe muy poco acerca de si estas estrategias añaden algo a la exposición en vivo para el tratamiento de las fobias específicas, aunque existen evidencias de que podrían tener un impacto limitado sobre la reducción del miedo (Booth y Rachman, 1992; Öst, Sterner y Fellenius, 1989).

IV. UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA

En este apartado, describiremos un programa de tratamiento para las fobias específicas. Para una descripción más detallada de este tratamiento, se remite al lector a nuestro manual *Mastery of your specific phobia* (Antony, Craske y Barlow, 1995). Este manual incluye información general sobre la naturaleza de las fobias específicas, así como capítulos detallados sobre el tratamiento de los tipos de fobia específica más comunes (p. ej., a las alturas, a los animales, a las inyecciones/sangre, claustrofobia, etcétera).

IV.1. Evaluación inicial y presentación del tratamiento

Aunque el malestar y el deterioro funcional asociados con las fobias específicas no son normalmente tan graves como los asociados a otros trastornos por ansiedad, el deseo de evitar la situación fóbica es normalmente tan potente o más que el de los otros tipos de trastornos fóbicos. No es raro que los individuos se nieguen a exponerse al objeto o situación fóbicos o incluso a discutir el motivo de su miedo. Por consiguiente, la presentación de una explicación del tratamiento de forma clara y convincente es esencial para la intervención con éxito de las fobias específicas. La primera parte de la sesión inicial se emplea para definir los parámetros de la fobia del sujeto, plantear un marco que ayude a comprender la naturaleza y las posibles causas de la fobia y discutir cómo ayudará el tratamiento a superar dicha fobia.

En nuestro programa, la primera sesión comienza con una breve discusión sobre la naturaleza de la ansiedad y el miedo. Concretamente, se enseña a los

pacientes que el miedo es una emoción normal y adaptativa y que la mayoría de las personas teme alguna situación. Además, se habla sobre los posibles factores etiológicos de la fobia del paciente (p. ej., condicionamiento directo, aprendizaje por observación, información errónea sobre la situación temida). Debido a que mucha gente con fobia no puede recordar cómo empezó su temor, se la tranquiliza señalando que no es necesario descubrir la causa inicial de una fobia para superar el miedo. Es más, el tratamiento aborda los factores actuales que mantienen el temor (p. ej., la evitación, la información inadecuada sobre el objeto temido, etcétera).

Se anima a los pacientes a que piensen en su fobia en términos de *sentimientos, pensamientos y conductas* asociados. Sobre los sentimientos experimentados durante la exposición, se les pide que describan la intensidad y la naturaleza de su reacción emocional (p. ej., llorar, gritar, aterrorizarse, etc.). Además, se les ayuda a generar una lista de los síntomas físicos (p. ej., tasa cardíaca acelerada, quedarse sin aliento, piernas temblorosas, mareos, sudores, desmayos) experimentados durante las exposiciones típicas.

Luego, los pacientes examinan las predicciones, las expectativas y los pensamientos específicos que ayudan a mantener su miedo. Los pensamientos ansiosos están relacionados a menudo con la situación temida (p. ej., ser mordido por una serpiente, alcanzado por un rayo, caerse de un lugar elevado, etc.), aunque muchos pacientes informan también de aprensión sobre los síntomas asociados con el miedo (p. ej., ansiedad sobre cómo reaccionarían en la situación). Como ejemplo, el cuadro 1.1 enumera algunos de los pensamientos ansiosos indicados a menudo por los individuos con fobia específica a conducir.

Más tarde, el terapeuta ayuda al paciente a que identifique las conductas asociadas con el objeto o situación temidos. En la mayoría de los casos, estas conductas tienen la función de ayudar a un individuo a controlar su miedo por medio de la evitación del objeto o situación fóbicos. La evitación puede ser manifiesta o más sutil. Ejemplos de estrategias de evitación manifiesta incluyen el rechazo a meterse en la situación y el escapar de ella cuando los propios miedos se hacen abrumadores. Formas sutiles de evitación incluirían la distracción, la ingesta de fármacos o drogas, o el empleo de otras ingeniosas estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, un individuo con una fobia a las alturas puede evitar el mirar hacia abajo desde un lugar elevado o insistir en agarrarse a la barandilla. Una persona que teme a las serpientes puede sentarse en la parte de la habitación que está más alejada de una serpiente que ha observado en una esquina. Alguien que tiene miedo a conducir podría hacerlo solamente en vías específicas o a determinadas horas.

Además, muchas personas con fobia confían en *señales de seguridad* cuando se enfrentan al objeto o situación fóbicos. Las señales de seguridad son estímulos que proporcionan una sensación de tranquilidad o seguridad en una situación temida. Por ejemplo, un individuo que teme a los ascensores podría utilizar éstos únicamente cuando va acompañado por un amigo o un familiar, de modo que se encontrara disponible la ayuda en caso de emergencia. Finalmente, los sujetos con fobias específicas a menudo realizan conductas que son protectoras en exceso. Una de las conductas más frecuentes de este tipo es la comprobación.

CUADRO 1.1. *Pensamientos de ansiedad informados a menudo por individuos con fobia a conducir*

<i>Pensamientos sobre la situación temida</i>	<i>Pensamientos sobre la reacción de ansiedad</i>
Tendré un accidente	Perderé el control sobre el coche
Saldré herido	Me distraeré
Los otros conductores no prestan atención	Mi mente se quedará en blanco
No soy un conductor aventajado	La ansiedad deteriorará mi conducción
Los otros conductores no saben conducir	Tendré una crisis o un ataque al corazón
Los otros conductores se enfadarán conmigo	Quedaré en ridículo
Los otros conductores pensarán que no sé conducir	Me moriré
Me perderé	Me perderé
Me meteré en un atasco	Mis sensaciones físicas serán demasiado fuertes
Mi coche se estropeará	Me desmayaré
Las condiciones de la carretera son peligrosas	El miedo me abrumará
Atropellaré a un peatón o a un animal	No seré capaz de reaccionar con suficiente rapidez
Mis maniobras confundirán a los otros conductores	

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Es probable que una persona con una fobia a las serpientes compruebe la hierba para descartar la presencia de serpientes antes de sentarse con ocasión de una merienda en el campo. La gente con fobia a las tormentas relatan a menudo pasar demasiado tiempo enterándose del estado del tiempo antes de planificar sus actividades diarias.

Aunque la evitación, la distracción, el exceso de confianza en señales de seguridad y otras conductas similares son métodos eficaces para controlar la ansiedad a corto plazo, se dice a los pacientes que estas conductas son contraproducentes a largo plazo. En primer lugar, estas conductas son reforzadas negativamente por el alivio que experimenta un individuo cuando evita o escapa de una situación, haciendo más difícil que participe de la situación en el futuro. En segundo lugar, la evitación impide que el individuo aprenda que la situación no es peligrosa y que es muy poco probable que sus predicciones ansiosas se conviertan en realidad.

Luego, se introduce la *exposición sistemática* a la situación fóbica como método principal a través del cual será tratada la fobia específica. En este punto, los pacientes a veces expresan dudas sobre si serán capaces de hacer frente a la situación o si la exposición va a poder ayudarles. Después de todo, un individuo que teme a las serpientes podría haberse encontrado frecuentemente serpientes du-

rante su vida cotidiana sin experimentar ningún alivio. De hecho, esa exposición podría haber aumentado su temor. Todas estas preocupaciones se abordan en una discusión sobre cómo la exposición terapéutica es diferente a los tipos de exposición que suelen ocurrir de forma natural en la vida del paciente.

Concretamente, la exposición terapéutica se prolonga en el tiempo e incluye prácticas repetidas separadas por un corto espacio de tiempo. Por el contrario, la exposición que tiene lugar en la vida cotidiana es normalmente breve (es decir, los pacientes suelen escaparse rápidamente) y tan poco frecuente como sea posible. Además, la exposición terapéutica es predecible y se encuentra bajo el control de los pacientes. Se les dice a éstos lo que pueden esperar, no se llevan nunca una sorpresa y tienen que dar su permiso antes de que se dé algún paso para aumentar la intensidad de la exposición. Por el contrario, la exposición de la vida diaria se percibe a menudo como impredecible y lejos del alcance del control del paciente. Finalmente, se proporciona a los pacientes toda una serie de estrategias de afrontamiento adaptativas para reemplazar a las estrategias empleadas anteriormente. Estas estrategias se describen en una sección posterior.

IV.2. La preparación de las prácticas de exposición

Para optimizar la eficacia de las prácticas de exposición, es importante determinar los parámetros específicos que afectan al temor concreto del paciente. Por ejemplo, algunas personas con fobia a las alturas tienen más miedo cuando se encuentran al borde de un desnivel sin protección. Otras informan de un mayor temor cuando conducen en lugares elevados (p. ej., puentes, carreteras empinadas). Algunos sujetos se ponen más ansiosos cuando están solos; otros se sienten peor cuando se encuentran acompañados. La identificación de las variables que influyen sobre el miedo de un individuo ayudará al desarrollo de ejercicios prácticos relevantes y a la identificación y prevención de conductas sutiles de evitación (p. ej., mirar hacia otro lado) durante esas prácticas. El cuadro 1.2 enumera algunas variables que podrían influir sobre los niveles de miedo en las fobias específicas. Se incluyen los ejemplos de una fobia a las serpientes y de una fobia a volar.

Ya que los pacientes suelen evitar las situaciones que temen, puede ser difícil identificar todas las variables que influyen sobre el miedo de un individuo. Por consiguiente, podría ser útil un test de aproximación conductual (TAC). Durante el TAC, se expone al paciente al objeto o situación temidos y se le pide que relate sus experiencias. Los TAC pueden ser una estrategia útil para ayudar a los pacientes a identificar las sensaciones, los pensamientos y las conductas ansiosas. Manipulando los parámetros específicos, el terapeuta puede examinar el efecto de estas variables sobre el miedo del paciente. Por ejemplo, cuando se trata una fobia a las inyecciones, el terapeuta puede evaluar si el punto donde se inserta la aguja afecta al temor del paciente colocando una jeringa en distintas partes (p. ej., en el brazo, en el antebrazo, etc.). Si el paciente está demasiado ansioso para pasar por un TAC antes de la intervención, entonces se puede responder a muchas de estas preguntas conforme progresa el tratamiento.

CUADRO 1.2. Variables que podrían influir sobre los individuos con fobias específicas

Ejemplo: Fobia a volar	Ejemplo: Fobia a las serpientes
Tamaño del avión	Forma de la serpiente
Ruidos en el avión	Color de la serpiente
Número de pasajeros; ocupación	Tamaño de la serpiente
Demora del vuelo; causas de la demora	Tipo de piel de la serpiente
Mal tiempo (p. ej., lluvia, niebla)	Potencial de ser mordido/a
Hora del día (luz <i>versus</i> oscuridad)	Presencia de otra persona
Asiento (pasillo, ventana, etc.)	Lugar (p. ej., el jardín <i>versus</i> la cama)
Oír las instrucciones de seguridad antes de despegar	Si la serpiente está encerrada (p. ej., en un frasco)
Turbulencias	Forma de exposición
Nieve o hielo en tierra	Imaginarse serpientes
Superficie que se encuentra debajo (p. ej., agua o tierra)	Hablar sobre serpientes
Despegar	Mirar dibujos animados, juguetes, fotos
Aterrizar	Observar serpientes grabadas en vídeo
Duración del vuelo	Observar serpientes en vivo
Altitud del avión (p. ej., por encima de la nube)	Distancia hasta la serpiente
Presencia de amigos o familiares	Rapidez del movimiento
Cantidad de estrés en la vida del paciente	Impredecibilidad del movimiento
Tamaño del aeropuerto	Tipo de movimiento (p. ej., saltar)

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Antes de empezar con la exposición, el terapeuta debería tener una idea de las clases de situaciones que se evitan y de la dificultad relativa de dichas situaciones. Una vez que éstas se identifican, se desarrolla entonces una jerarquía de exposición. La jerarquía debería incluir de 10 a 15 situaciones temidas colocadas en orden de dificultad. El cuadro 1.3 es un ejemplo de una jerarquía de exposición desarrollada para un individuo con fobia a las serpientes.

CUADRO 1.3. Jerarquía de exposición para una fobia a las serpientes

Mirar de lejos la imagen de una serpiente
Mirar de cerca la imagen de una serpiente
Ver una película de una serpiente en movimiento
Permanecer a 3 metros de una serpiente viva encerrada en un recipiente
Permanecer a 1,5 metros de una serpiente viva encerrada en un recipiente
Permanecer a medio metro de una serpiente viva encerrada en un recipiente
Tocar el recipiente que contiene una serpiente viva
Emplear un trozo de papel y una botella para capturar una serpiente
Sostener una serpiente deslizándose por las manos
Sostener una serpiente deslizándose por los brazos

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Finalmente, antes de empezar las prácticas de exposición, el terapeuta y el paciente deberían generar una lista de variaciones de la situación temida. En muchos casos, el paciente no será capaz de proporcionar estímulos para las prácticas de exposición debido a la ansiedad que sufre cada vez que se encuentra con esos estímulos. Por consiguiente, a menudo dependerá del terapeuta o de la familia o amigos del paciente localizar los estímulos para las sesiones de exposición. Antony *et al.* (1995) enumeran modos de obtener estímulos fóbicos para las fobias específicas más frecuentes.

IV.3. *Llevando a cabo las prácticas de exposición*

La duración y el número ideales de las sesiones de exposición depende de las necesidades individuales del paciente así como del aguante del paciente y del terapeuta. Para algunos tipos de fobias (p. ej., a los animales, a las inyecciones), una única sesión de tratamiento puede ser suficiente para lograr resultados duraderos. Para otras clases de fobias (p. ej., a conducir), puede ser más difícil producir los desencadenantes específicos de la fobia (p. ej., mal tiempo, ser interceptado por otro conductor, etc.) durante las prácticas y ser necesarias más sesiones de tratamiento. En cualquier caso, las sesiones deberían durar de 1 a 3 horas, hasta que el paciente haya experimentado una reducción del miedo o sea capaz de realizar tareas más difíciles (p. ej., acercarse más a un animal temido) que cuando se inició la sesión. La mayoría de las fobias específicas pueden tratarse en un período que va de 1 a 5 sesiones, especialmente si el paciente practica por su cuenta entre sesiones.

Las prácticas deberían empezar con los ítems más fáciles de la jerarquía y progresar hacia los más difíciles, hasta que el último se lleve a cabo con éxito. La rapidez con la que se intentan los ítems más difíciles depende de cuánta ansiedad está dispuesto a tolerar el paciente. El moverse más deprisa por los ítems de la jerarquía conducirá a una reducción del miedo más rápida, aunque la intensidad del temor que se experimenta durante las prácticas será mayor. El desplazarse más lentamente hará que las prácticas sean menos aversivas, aunque llevará más tiempo superar la fobia. Normalmente, recomendamos que los pacientes avancen a través de los ítems de la jerarquía tan rápido como estén dispuestos a hacerlo.

Finalmente, los pacientes deberían alcanzar un punto en el que puedan hacer más que la mayoría de la gente que no tiene miedo estaría dispuesta a hacer en la situación fóbica. Por ejemplo, un individuo con una fobia a las serpientes debería alcanzar un punto en el que pudiera sostener una serpiente viva cómodamente. Una persona con claustrofobia debería llegar a un punto en el que pudiera permanecer en un armario pequeño y cerrado durante un largo período. Al llevar las prácticas de exposición hasta estos extremos, los tipos de situaciones que se pueden encontrar en la vida diaria de los pacientes serán mucho más fáciles. Por supuesto, no se debería pedir a éstos nada que fuese poco seguro (p. ej., coger una serpiente viva en el campo).

Se pueden utilizar varios métodos para ayudar a los pacientes a superar pasos cada vez más difíciles durante las prácticas de exposición. En primer lugar, el

terapeuta debería ser el modelo continuamente de una conducta sin miedo ante el paciente. Por ejemplo, durante las etapas iniciales de la exposición a una altura elevada, el terapeuta podría estar con el paciente cerca del borde. Si se trabaja con un individuo que tiene miedo a los pájaros, el terapeuta debería ser capaz de demostrar cómo sostener y manejar los pájaros. No es raro que el terapeuta necesite practicar antes de trabajar con el paciente. Además, el terapeuta debería permanecer tranquilo a pesar del malestar del paciente. Se debería animar a los pacientes a que experimentasen la profundidad de sus sentimientos o sensaciones, en vez de luchar contra ellos, distraerse o escaparse. Se debería tranquilizar a los pacientes de que sus respuestas (p. ej., llorar, gritar) constituyen una parte normal de la superación de una fobia. El terapeuta debería preparar al sujeto para sentir un malestar intenso y explicarle que el malestar finalmente desaparecerá. Se debería insistir a los pacientes para que midieran su éxito por sus logros, en vez de hacerlo por la manera como se sienten en la situación. Una sesión con éxito es aquella en la que el paciente afronta la situación temida a pesar del miedo. La confianza del paciente aumentará con cada paso que se soporte sin consecuencias catastróficas.

Si un paciente rechaza llevar a cabo una tarea determinada, es función del terapeuta encontrar una forma creativa para ayudar al paciente a progresar. Una manera de conseguirlo es haciendo los pasos más pequeños. Por ejemplo, un paciente con una fobia a conducir puede llegar a un punto en el que conduzca acompañado, pero se niegue a llevar el coche solo. Un modo de resolverlo es hacer que el paciente conduzca y que el terapeuta le siga a corta distancia con otro coche. Este modo de conducir podría ser un paso intermedio necesario para ayudar al paciente a que conduzca solo. Gradualmente, se va incrementando la distancia entre el terapeuta y el paciente hasta que éste llegue a conducir básicamente solo.

IV.4. *Las prácticas entre sesiones*

Se debería animar a los pacientes para que lleven a cabo prácticas de exposición entre las sesiones. Normalmente, la exposición a la situación temida es más amenazante cuando no está el terapeuta y puede ser que los sujetos no estén dispuestos a realizar tareas prácticas que sean tan difíciles como las que se practican en la sesión. En la medida en que las prácticas entre las sesiones puedan ser estructuradas (p. ej., planificar un número concreto de prácticas y las ocasiones para las mismas), es más probable que los pacientes realicen las tareas para casa. El terapeuta debería anticipar posibles razones por las que no se pudiesen llevar a cabo las tareas para casa e intentar generar soluciones para aumentar la probabilidad de que el paciente realice sus prácticas. Una de las razones más comunes para no llevar a cabo la tarea para casa es la ansiedad excesiva que produce dicha tarea. Por consiguiente, se puede plantear a los pacientes sugerencias alternativas de prácticas en el caso de que encuentren la tarea principal demasiado difícil. Por ejemplo, se puede instruir a un paciente para que practique permanecer en un armario pequeño con la puerta cerrada cuando no hay nadie en casa, con el fin

de superar su temor a los lugares cerrados. Sin embargo, si esta tarea fuese demasiado difícil, el paciente podría reducir la intensidad de la exposición dejando la puerta del armario ligeramente abierta o realizando la práctica cuando un miembro de la familia está en casa. La tarea más difícil puede reservarse para otro día. Llevar a cabo una práctica más fácil es mejor que no realizar ninguna.

A veces puede ser de utilidad implicar a la familia o a los amigos del paciente en las prácticas de exposición. Los miembros de la familia pueden proporcionar ánimos y modelar la conducta sin miedo en la situación fóbica. Sin embargo, el terapeuta debería asegurarse de que el/la amigo/a o el miembro de la familia entienda las razones de la exposición, sea capaz y esté dispuesto/a a apoyar y ayudar al paciente durante las prácticas. Además, debería observar algunas de las sesiones de exposición en las que participa el terapeuta para que le sean familiares las reacciones del paciente y para que sepa cómo responder al miedo de éste. Finalmente, el paciente debería ser capaz de llevar a cabo las prácticas sin la ayuda de familiares o amigos.

IV.5. Otras estrategias de tratamiento

Estrategias cognitivas. Además de la exposición, se pueden emplear otros dos enfoques para ayudar a corregir la información errónea sobre el objeto o situación temidos. En primer lugar, se debería instruir a los pacientes a que buscasen información sobre dicho objeto o situación. Por ejemplo, si un individuo tiene miedo a las serpientes, debería aprender tanto como pudiera sobre las serpientes. Si el movimiento de una serpiente es especialmente amenazante, el paciente debería leer sobre los movimientos de las serpientes y pasar cierto tiempo observando el movimiento de las mismas.

En segundo lugar, se debería enseñar a los pacientes a identificar pensamientos ansiosos poco realistas y considerar predicciones alternativas más realistas con respecto a la situación fóbica. El primer tipo de pensamiento ansioso que está frecuentemente asociado con las fobias específicas es la *sobreestimación de la probabilidad*. Esta clase de pensamiento implica una sobreestimación de la probabilidad de que algún acontecimiento predicho ocurra, como, por ejemplo, en el caso de los pacientes que tienen miedo a volar que a menudo sobreestiman la probabilidad de que un avión se estrelle. Para modificar este patrón de pensamiento, se debería enseñar a los pacientes a evaluar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos ansiosos. Por ejemplo, además de fijarse en las noticias que se producen de vez en cuando sobre aviones que se estrellan, a los pacientes que tienen miedo a volar debería enseñárseles a examinar las evidencias que fuesen contrarias a sus predicciones ansiosas (p. ej., todos los días despegan y aterrizan miles de aviones) y que evaluaran la probabilidad real de que sus predicciones llegasen a ser realidad.

El segundo tipo de pensamiento ansioso que suele darse en individuos con una fobia específica es el *pensamiento catastrófico*, que entraña una sobreestimación del impacto negativo de un acontecimiento si llegase a ocurrir. Por ejemplo, los pacientes con fobia a las serpientes a menudo creen que sería terrible e

incontrolable que una serpiente les tocara. Se puede poner en tela de juicio las predicciones catastróficas si cambiamos el centro de atención de los propios pensamientos desde lo terrible que podría ser un encuentro con el objeto fóbico hasta cómo podría afrontar dicho encuentro. Una forma de conseguir esto es hacerse a uno mismo preguntas tales como, «Realmente, ¿qué sería lo peor que podría ocurrir?», «¿Por qué sería tan terrible si me encontrara con el objeto o situación?» o «¿Cómo podría afrontar la situación?».

La exposición tiende a trabajar muy bien por sí misma. Sin embargo, para algunos pacientes, la reestructuración cognitiva puede ser una ayuda válida para dicha exposición. Además, estas estrategias podrían constituir métodos útiles para ayudar al paciente a realizar una práctica de exposición difícil que de otra manera podría haber evitado.

Exposición interoceptiva. Hay que recordar que algunos pacientes indican ansiedad con respecto a las sensaciones físicas asociadas con el miedo, además de la ansiedad ante el objeto o la situación fóbicos. Por ejemplo, aunque los individuos que tienen miedo a las alturas pueden sufrir de ansiedad ante la posibilidad de caer accidentalmente, o que les empujen, desde un lugar elevado, a menudo comunican la existencia de ansiedad ante la eventualidad de perder el control debido a los intensos síntomas físicos que también sienten. Además de la exposición a la situación fóbica, la exposición a las sensaciones temidas puede ser útil para algunos individuos. Esto es especialmente cierto para las fobias que están asociadas a una elevada ansiedad interoceptiva (p. ej., claustrofobia). Para estos pacientes, se pueden añadir, de forma sistemática, ejercicios de exposición interoceptiva a las prácticas de exposición situacional. Antony *et al.* (1995) describen cómo realizar esos ejercicios. Lo mismo que sucede con la exposición situacional, los ejercicios de exposición interoceptiva deberían llevarse a cabo de forma repetida hasta que ya no produzcan ansiedad. En el cuadro 1.4 se enumeran algunos ejemplos de ejercicios utilizados para provocar las sensaciones temidas.

CUADRO 1.4. Ejercicios para provocar sensaciones de temor durante las prácticas de exposición interoceptiva

1. Mover la cabeza de un lado a otro durante 30 segundos
2. Mantener la respiración tanto tiempo como pueda
3. Respirar a través de una paja durante dos minutos
4. Respirar rápidamente durante 60 segundos
5. Dar vueltas en una silla giratoria durante 90 segundos
6. Tensar todos los músculos del cuerpo durante 1 minuto

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Tensión muscular aplicada. Como se indicó anteriormente, la tensión muscular aplicada se ha empleado con gran eficacia en el tratamiento de la fobia a la sangre. La tensión aplicada entraña el enseñar a los pacientes a tensar los múscu-

los de su cuerpo con el fin de elevar la presión sanguínea y, por consiguiente, evitar que se desmayen durante la exposición a las situaciones que incluyen sangre. Esta técnica fue desarrollada originalmente por Kozak y Montgomery (1981) y ampliada por Öst y Sterner (1987). Los pasos específicos utilizados en la tensión aplicada se enumeran en el cuadro 1.5.

CUADRO 1.5. *Cómo llevar a cabo la tensión muscular aplicada para las fobias a la sangre y a las inyecciones que incluyen el desmayarse*

1. Siéntate en un sillón cómodo y tensa los músculos de los brazos, del torso y de las piernas. Mantén la tensión durante 10 ó 15 segundos. Deberías mantener la tensión el tiempo suficiente para sentir una cálida sensación en la cabeza. Suelta la tensión y deja que tu cuerpo vuelva a la normalidad durante 20 ó 30 segundos. Repite el procedimiento cinco veces. Si quieres demostrarte a ti mismo que la tensión aumenta tu presión sanguínea, intenta medirla con un esfigmomanómetro antes y después de tensar los músculos.
2. Repite el paso anterior cinco veces al día (un total de 25 ciclos de tensión por día) durante una semana. La práctica te ayudará a perfeccionar la técnica. Si tienes dolores de cabeza, disminuye la fuerza de la tensión o la frecuencia de las prácticas.
3. Después de practicar los ejercicios de tensión durante una semana, empieza a utilizar las técnicas de tensión aplicada durante tus prácticas de exposición. Ten en cuenta que, si tienes miedo a las jeringuillas, será importante que mantengas el «brazo donde te pinchan» relajado durante la inserción de la aguja. Puedes incorporar esto a tus prácticas tensando todos los músculos excepto los de un brazo.
4. Una vez que puedas practicar la exposición con una ansiedad mínima, deja de realizar los ejercicios de tensión. Después de que el miedo haya disminuido, muchos individuos son capaces de estar en situaciones que incluyen sangre y jeringuillas sin desmayarse. Si sigues sintiendo que te vas a desmayar, empieza otra vez a utilizar los ejercicios de tensión aplicada durante las exposiciones.

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos. Basado en las técnicas descritas por Öst y Sterner (1987).

Mantenimiento de los beneficios del tratamiento. El éxito de los tratamientos para la fobia específica basados en la exposición suele ser duradero (Öst, 1989). Sin embargo, se debería preparar a los pacientes para que afrontasen posibles recaídas. En nuestro programa, se advierte a los pacientes sobre varios factores que podrían llevar a un aumento del miedo en el futuro. El primero de estos factores es el estrés elevado. Se avisa a los pacientes que el estrés de la vida (p. ej., perder el trabajo, problemas maritales) podría aumentar la dificultad para enfrentarse a una situación a la que se había tenido miedo. En segundo lugar, una experiencia traumática en la situación temida (p. ej., un accidente de coche sufrido por un individuo que ha superado una fobia a conducir) podría hacer más difícil las próximas exposiciones. Finalmente, largos períodos sin exposición a la situación temida puede conducir a un regreso del temor en un pequeño porcentaje de pacientes. Si un individuo se da cuenta de que le vuelve el miedo, recomendamos que empiece otra vez con la exposición sistemática. Además, para

Fobia específica

evitar un regreso del miedo, se debería animar a los pacientes a que realicen prácticas adicionales de exposición cuando surja la oportunidad. Por ejemplo, los individuos que tienen miedo a las serpientes deberían pasar algún tiempo mirando, y quizás cogiendo, las culebras que encuentren en su casa antes de mostrarlas al exterior. La exposición ocasional a la situación temida hará menos probables las recaídas.

V. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

Las fobias específicas se encuentran entre los trastornos de ansiedad más frecuentes y tratables. Hasta el 90% de los individuos con fobias a los animales o a las inyecciones mejoran mucho o se curan después de una sesión de terapia de exposición. Sin embargo, los individuos con fobias específicas se encuentran entre los que con menor probabilidad buscarán tratamiento para su trastorno por ansiedad. Las posibles razones para esta tendencia a evitar el tratamiento pueden incluir el grado relativamente pequeño de malestar y deterioro funcional experimentado por la gente con fobias específicas y, quizás, un desconocimiento (por parte de los pacientes y de los profesionales de la salud mental) de que existe un tratamiento eficaz.

Un área de investigación que acaba de comenzar es la exploración de las diferencias entre tipos específicos de fobias. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios de tratamiento se han centrado en un número relativamente pequeño de fobias específicas. Aunque una única sesión de tratamiento es a menudo suficiente para las fobias a los animales, poco se sabe sobre la eficacia de los tratamientos de una única sesión para otras fobias frecuentes (p. ej., a las alturas, a conducir, a las tormentas, claustrofobia). Los estudios a realizar en un futuro próximo necesitarán tener en cuenta las diferencias entre fobias con respecto a la rapidez de la habituación, la importancia de los factores cognitivos (p. ej., información errónea sobre la situación temida), el centro de la aprensión (p. ej., señales situacionales *versus* señales interoceptivas) y los posibles papeles de otras respuestas negativas distintas al miedo (p. ej., enfado, sorpresa, desmayo, etc.).

REFERENCIAS

- Agras, S., Sylvester, D. y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.
- Antony, M. M. (1994). *Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV*. Tesis doctoral no publicada, University at Albany, State University of New York.

- Antony, M. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Baker, B. L., Cohen, D. C. y Saunders, J. T. (1973). Self-directed desensitization for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 79-89.
- Ball, S. G. y Otto, M. W. (1993, noviembre). *Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: Three case studies*. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Booth, R. y Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia-I. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 207-221.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. y Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Bourque, P. y Ladouceur, R. (1980). An investigation of various performance-based treatments with acrophobics. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 161-170.
- Carter, M. M., Hollon, S. D., Carson, R. y Shelton, R. C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 156-163.
- Craske, M. G. (1989). *The boundary between simple phobia and specific phobia* (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group). Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorders Clinic.
- Craske, M. G. y Sipsas, A. (1992). Animal phobias versus claustrophobias: Exteroceptive versus interoceptive cues. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 569-581.
- Curtis, G. C., Hill, E. M. y Lewis, J. A. (1990). *Heterogeneity of DSM-III-R simple phobia and the simple phobia/agoraphobia boundary: Evidence from the ECA study*. (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group.) Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Curtis, G. C., Himle, J. A., Lewis, J. A. y Lee, Y. (1989). *Specific situational phobias: Variant of agoraphobia?* (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group). Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Denholtz, M. S. y Mann, E. T. (1975). An automated audiovisual treatment of phobias administered by non-professionals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 111-115.
- De Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- Eaton, W. W., Dryman, A. y Weissman, M. M. (1991). Panic and phobia. En L. N. Robins y D. A. Regier (dirs.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. Nueva York: The Free Press.
- Ehlers, A., Hofmann, S. G., Herda, C. A. y Roth, W. T. (en prensa). Clinical characteristics of driving phobia. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Foa, E. B., Blau, J. S., Prout, M. y Latimer, P. (1977). Is horror a necessary component of flooding (implosion)? *Behaviour Research and Therapy*, 15, 397-402.
- Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. y Payne, L. L. (1980). Massed versus spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338.
- Foa, E. B. y Kozak, M. S. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Gauthier, J. y Marshall, W. L. (1977). The determination of optimal exposure to phobic stimuli in flooding therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 403-410.

- Gray, J. A. (1985). Issues in the neuropsychology of anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (dirs.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Himle, J. A., McPhee, K., Cameron, O. J. y Curtis, G. C. (1989). Simple phobia: Evidence for heterogeneity. *Psychiatry Research*, 28, 25-30.
- Holden, A. E. y Barlow, D. H. (1986). Heart rate and heart rate variability recorded in vivo in agoraphobics and nonphobics. *Behavior Therapy*, 17, 26-42.
- Howard, W. A., Murphy, S. M. y Clarke, J. C. (1983). The nature and treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Behavior Therapy*, 14, 557-567.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L.-G. (1986). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 587-596.
- Kessler, R. C., McMonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kozak, M. J. y Montgomery, G. K. (1981). Multimodal behavioral treatment of recurrent injury-scene elicited fainting (vasodepressor syncope). *Behavioural Psychotherapy*, 9, 316-321.
- Lader, M. H. y Wing, L. (1966). *Physiological measures, sedative drugs, and morbid anxiety*. Londres: Oxford University.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (dirs.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Liddell, A., Ning, L., Blackwood, J. y Ackerman, J. D. (1991, noviembre). Long term follow-up of dental phobics who completed a brief exposure based behavioral treatment program. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.
- Lopatka, C. L. (1989). *The role of unexpected events in avoidance*. Tesis de máster sin publicar, University at Albany, State University of New York.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marshall, W. L. (1988). Behavioral indices of habituation and sensitization during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 67-77.
- McNally, R. J. (1986). Behavioral treatment of choking phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 185-188.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.
- Muris, P., De Jong, P. J., Merckelbach, H. y Van Zuuren, F. (1993). Is exposure therapy outcome affected by a monitoring coping style? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 291-300.
- O'Brien, T. P. y Kelley, J. E. (1980). A comparison of self-directed and therapist-directed practice for fear reduction. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 573-579.
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L.-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L.-G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74.
- Öst, L.-G., Fellenius, J. y Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561-574.

- Öst, L.-G., Johansson, J. y Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 445-460.
- Öst, L.-G., Lindahl, I.-L., Sterner, U. y Jerremalm, A. (1984). Exposure in vivo vs. applied relaxation in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 205-216.
- Öst, L.-G., Salkovskis, P. M. y Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Öst, L.-G. y Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Öst, L.-G., Sterner, U. y Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109-121.
- Rachman, S. J. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K. y Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Rodríguez, B. I. y Craske, M. G. (1993a). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 549-558.
- Rodríguez, B. I. y Craske, M. G. (1993b, noviembre). *Distraction during high and low intensity in vivo exposure*. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1989). The influence of perceived control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% CO₂-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157-162.
- Solyom, L., Shugar, R., Bryntwick, S. y Solyom, C. (1973). Treatment of fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 130, 423-427.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Antony, M. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Hagopian, L. P. y Ollendick, T. H. (1993). Simple phobia in children. En R. T. Ammerman y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy with children and adults*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 1-30.
- Stanley, M. A. y Beidel, D. C. (1993). Simple phobia in adults. En R. T. Ammerman y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy with children and adults*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Taylor, C. B. y Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press.
- Thyer, B. A., Baum, M. y Reid, L. D. (1988). Exposure techniques in the reduction of fear: A comparative review of the procedure in animals and humans. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 10, 105-127.

2. FOBIA SOCIAL

VICENTE E. CABALLO*, VERANIA ÁNDRES** y FRANCISCO BAS**

1. INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años se ha dicho que la fobia social era el trastorno por ansiedad más olvidado (Liebowitz *et al.*, 1985) y durante unos cuantos años ha sido el menos comprendido e investigado de dichos trastornos (Herbert, Bellack y Hope, 1991; Judd, 1994; Turner *et al.*, 1989). La fobia social no fue reconocida oficialmente como entidad diagnóstica hasta la publicación del *DSM-III* en 1980 (APA, 1980), aunque ya había sido descrita clínicamente con anterioridad (p. ej., Marks, 1969; Shaw, 1976). Sin embargo, este panorama ha cambiado notablemente en los últimos años, produciéndose un espectacular aumento en el interés y la investigación por la fobia social y su tratamiento (véase, p. ej., Salaberría *et al.*, 1996). Incluso la Asociación Mundial de Psiquiatría ha creado un grupo de trabajo para el estudio de la fobia social que recientemente ha expuesto algunas de sus conclusiones (Montgomery, 1996).

Sin embargo, aunque es cierto que la investigación sistemática sobre la fobia social, tal como la han diagnosticado los sistemas de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980, 1987, 1994) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), empezó a tener relevancia desde final de los años ochenta, no es menos cierto que la investigación sobre ansiedad social y su tratamiento había sido importante, especialmente en Estados Unidos, durante los años setenta y ochenta. Gran parte de la investigación en las áreas conocidas entonces como "asertividad" y "habilidades sociales" es válida para el estudio de la fobia social, su evaluación y su tratamiento (véase Caballo, 1993). Aún más, es probable que gran parte de los sujetos tratados en esos años bajo programas de "entrenamiento asertivo" y/o "entrenamiento en habilidades sociales" hubieran recibido un diagnóstico de fobia social hoy día. El *zeitgeist* actual aboga por un diagnóstico de los distintos trastornos psicológicos y, a partir de ahí, por la búsqueda de tratamientos específicos para cada uno de ellos, principalmente de tipo cognitivo-conductual y/o farmacológico. Aunque apenas se hable de los años setenta a la hora de abordar el estudio de la fobia social, las investigaciones realizadas en ellos se reflejan actualmente y de forma importante en la evaluación y en los tratamientos psicosociales de dicho trastorno.

Se han señalado una serie de razones por las que se ha tardado tanto tiempo en reconocer a la fobia social como un importante problema de salud, razones tales como una información inadecuada sobre la falta de tratamiento para la fobia social, la renuencia a interactuar con extraños (y por consiguiente con un te-

* Universidad de Granada (España) y ** Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid (España).

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

FOBIA SOCIAL

ARTURO BADOS LÓPEZ



EDITORIAL
SÍNTESIS

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Arturo Bados López

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 84-7738-846-0
Depósito Legal: M-20.781-2001
Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

- c) Dejar que el interlocutor pueda responder libremente, sin marcarle las pautas a seguir. ☐
 - d) Pedir al paciente que responda tal como querría hacerlo, cuando se esté interesado en evaluar habilidades y no sólo ejecución. ☐
 - e) Dejar un tiempo para que el paciente se prepare en la imaginación antes de cada situación. ☐
5. Con relación al empleo de la observación:
- a) Cuando se pide al paciente que responda en una situación simulada tal como lo hace en su medio, decimos que empleamos condiciones de estructuración nula. ☐
 - b) Las evaluaciones moleculares y de nivel intermedio parecen las más adecuadas en la clínica. ☐
 - c) Un ejemplo de medida molar es el porcentaje de tiempo que una persona habla durante una interacción. ☐
 - d) Observar cómo el paciente da una charla ante 3 personas en la consulta es un ejemplo de observación bajo condiciones simuladas. ☐
 - e) Observar cómo el paciente interactúa con otras personas que esperan en la consulta es un ejemplo de observación bajo condiciones naturales. ☐

Tratamiento I: guía para el terapeuta

4

Este capítulo se centra exclusivamente en el tratamiento de la fobia social. De todos modos; dada la frecuente existencia de comorbilidad, es necesario llevar a cabo un análisis previo para decidir qué problemas conviene abordar y en qué orden. Allí donde coexista un problema más grave —como, por ejemplo, depresión severa, dependencia física de sustancias, abuso de sustancias que interfiere con la capacidad de procesamiento cognitivo o trastorno severo por estrés postraumático—, éste tendrá que ser abordado primero o más o menos en paralelo. La presencia de otros trastornos, como el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada no impide el tratamiento de la fobia social, aunque es probable que se requieran intervenciones adicionales para dichos trastornos.

4.1. Objetivos en el tratamiento de la fobia social

Varios son los objetivos que pueden perseguirse a la hora de tratar la fobia social. La idea no es curar totalmente al paciente, sino dotarle de unos recursos básicos que le permitan, tras haber conseguido un progreso notable en la terapia, seguir trabajando por su cuenta para incrementar y ampliar los cambios conseguidos.

- a) Aprender a establecer metas realistas en las interacciones sociales.
- b) Corregir las expectativas, interpretaciones y valoraciones negativas y, en general, los errores cognitivos que contribuyen a incrementar o mantener la ansiedad; y modificar los supuestos en los que se basan estas cogniciones negativas.
- c) Aprender a concentrarse en la tarea o interacción social en vez de en las sensaciones internas y pensamientos negativos.
- d) Reducir significativamente las conductas de evitación y las conductas defensivas al tiempo que se potencian las interacciones sociales pertinentes.
- e) Reducir significativamente la activación autonómica y somática o habituarse a la misma cuando no se puede cambiar.
- f) Reducir significativamente la ansiedad social tanto en las situaciones sociales temidas como al anticipar éstas.
- g) Aprender a comportarse habilidosamente en aquellas situaciones en las que la persona presenta déficit al respecto.
- h) Reducir significativamente la interferencia producida por el trastorno.

4.2. Programas psicológicos existentes y eficacia de los mismos

Las investigaciones sobre el tratamiento psicológico de la fobia social son escasas todavía y la mayoría han sido llevadas a cabo con adultos. Así pues, se expondrá primero el estado de la cuestión respecto a esta población y después se presentarán los programas y resultados existentes con adolescentes y niños.

4.2.1. Programas psicológicos con adultos

A la hora de tratar la fobia social se han empleado diversas intervenciones psicológicas. Entre éstas se encuentran la exposición (simulada o imaginaria y además en vivo), el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento autoinstruccional y la relajación. Las técnicas más investigadas y

más eficaces son la exposición (especialmente en vivo, pero también imaginaria) —que puede incluir exposición simulada o ensayos de conducta en la sesión— y la reestructuración cognitiva combinada con exposición (véase el cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Principales intervenciones psicológicas para el tratamiento de la fobia social

Técnica	Eficacia a corto plazo	Mantenimiento a corto plazo	Observaciones
Exposición (simulada o imaginaria y además en vivo)	Clara	Sí	Componente esencial del tratamiento. Mejor que el placebo farmacológico.
Exposición más reestructuración cognitiva	Clara	Sí	En ocasiones, superior a la exposición sola. Mejor que el placebo farmacológico y psicológico. Quizá aplicable a más pacientes.
Entrenamiento en habilidades sociales	Parece eficaz	?	Quizá más eficaz en fobias sociales con déficit de habilidades.

En comparación a la lista de espera, la relajación aplicada y la desensibilización sistemática han sido superiores en un estudio. La reestructuración cognitiva sin incluir tareas explícitas de exposición ha sido también eficaz, al menos cuando se ha aplicado en grupo con sesiones largas (2 horas o más); naturalmente, puede argüirse que esta situación de grupo implica ya exposición, pero habría que investigar si simplemente con este tipo de exposición sería suficiente. El entrenamiento en habilidades sociales parece eficaz, pero limitaciones metodológicas importantes en los estudios realizados impiden extraer conclusiones firmes. Por otra parte, puede ser más

eficaz que otros tratamientos en los fóbicos sociales con déficit de habilidades.

En sintonía con esto último, conviene emplear entrenamiento en habilidades sociales —ya sea sólo o, más frecuentemente, en combinación con otros procedimientos— cuando hay un déficit de este tipo de habilidades; por ejemplo, en muchos casos de fobia a hablar en público y de fobia social generalizada severa y también frecuentemente en población infantil. Turner y colaboradores presentaron en 1994 la terapia para la efectividad social, un tratamiento multicomponente que incluye secuencialmente: a) educación sobre el trastorno, b) entrenamiento en habilidades sociales (percepción-discriminación-interpretación, contacto interpersonal, hablar en público) y c) exposición en vivo o imaginal, según las necesidades del paciente, y autoexposición en el medio natural. Los resultados fueron muy positivos, aunque no hubo comparación con un grupo control.

Los programas más actuales tienden a combinar varios procedimientos. Así, la exposición en vivo suele ser complementada con la focalización de la atención en la tarea o interacción social (en vez de en las sensaciones internas y pensamientos negativos, que llevan a centrarse en uno mismo), el empleo de estrategias de afrontamiento —tales como la respiración controlada y la relajación (ésta puede ser útil con pacientes que presenten fuertes reacciones autonómicas en las situaciones sociales)— y el (auto)reforzamiento positivo. Este último parece básico, dada la tendencia de los fóbicos sociales a la autoevaluación negativa, pero es especialmente importante con niños, en cuyo caso los reforzadores pueden ser de actividad y materiales además de sociales. Esta clase de programas —al igual que la combinación de exposición en vivo y reestructuración cognitiva y los programas de Heimberg, Echeburúa y Bados que se comentan más abajo— se han mostrado más eficaces que la lista de espera. La exposición y el programa de Heimberg han sido también más eficaces que el placebo farmacológico y, el segundo, mejor también que un placebo psicológico.

Enfatizar al paciente la importancia de concentrarse en la tarea o interacción social (conductas requeridas en una situación determinada, comportamientos de los otros, aspectos del ambiente necesarios para llevar a cabo la tarea) es fundamental para tratar uno de los principales problemas de muchos fóbicos sociales: la excesiva autoconciencia o conciencia de sí mismos. Existe un estudio

que sugiere que la eficacia de la exposición es aumentada si se añade una focalización de la atención en el mundo externo con el fin de someter a prueba las creencias negativas (p. ej., que uno es percibido por los demás de la forma en que uno se siente). También se ha descrito un entrenamiento en concentración en la tarea dirigido al tratamiento del miedo a sonrojarse, pero que es también extensible a otros miedos a manifestar síntomas de ansiedad (temblor, sudor); los pasos de este entrenamiento pueden verse en el cuadro 4.2. Se aconseja que en una segunda fase se aplique reestructuración cognitiva dirigida a las creencias básicas que el paciente tenga sobre el hecho de sonrojarse.

Otras técnicas que suelen emplearse para favorecer la concentración en la tarea son: a) Hacer ver a través de la exposición simulada los efectos negativos que el centrarse en sí mismo tiene sobre la ansiedad y el desempeño; esta exposición puede ser contrastada con otra en la que el paciente se centra en la tarea. b) Reestructuración de los pensamientos y errores cognitivos que subyacen al hecho de tener que estar pendiente de uno mismo en vez de la tarea. c) Autoinstrucciones para centrarse en la tarea social. d) Detención del pensamiento.

• Cuadro 4.2. Pasos de un entrenamiento en concentración en la tarea dirigido al miedo a sonrojarse

- Conceptualización compartida. Se explica que el sonrojamiento facilita el que uno dirija la atención hacia sí mismo y que esto aumenta la conciencia del mismo y lo intensifica. Como consecuencia, se incrementa la ansiedad, los pensamientos negativos, los problemas de concentración y la conducta poco habilidosa. Una manera de romper este círculo es aprender a redirigir la atención a la tarea.
- Autorregistro de la dirección de la atención en situaciones de sonrojamiento. El paciente registra cada día las situaciones en que se ha puesto rojo, grado de ansiedad y nivel de atención dirigida a sí mismo (a aspectos no necesarios para realizar la tarea), a la tarea (conductas requeridas en una situación determinada, incluyendo la atención hacia los otros) y al entorno (aspectos del ambiente no necesarios para llevar a cabo la tarea). Esto último puede producir un alivio temporal, pero no es útil a largo plazo.
- Entrenamiento en concentración en la tarea durante las sesiones. Consta de una serie de ejercicios graduados en dificultad. El primero consiste en concentrarse en una historia neutral de un par de minutos contada por el terapeuta.

Cuadro 4.2. continuación

peuta, sentado espalda contra espalda con el paciente, y resumirla. Además, el paciente debe valorar el nivel de atención dirigida a sí mismo, a la tarea y al entorno, y el porcentaje de la historia que fue capaz de recordar (esto último lo hace también el terapeuta). Cada ejercicio se repite hasta que este porcentaje supera el 50%.

Los siguientes ejercicios implican contacto visual con el terapeuta, distraerse pensando en el rubor (e intentar volver a concentrarse en la historia) y escuchar una historia sobre sonrojamiento. Luego vienen ejercicios de hablar: el paciente cuenta historias al terapeuta mientras se concentra en lo que dice y observa si el terapeuta escucha y comprende lo que le está diciendo; se emplea la misma jerarquía que en los ejercicios de escucha.

- *Entrenamiento en concentración en la tarea en situaciones no amenazantes.* Se pide al paciente que se concentre en la tarea en situaciones no amenazantes de la vida diaria: pasear por un bosque y prestar atención a todos sus aspectos (primero uno por uno y luego de forma integrada), ver las noticias y resumirlas, mantener una conversación telefónica y resumirla, etc.
- *Entrenamiento en concentración en la tarea en situaciones amenazantes.* Se construye una jerarquía con 10 situaciones pertinentes para el paciente y en las que tiende a ponerse rojo. La tarea es concentrarse en la tarea exigida en cada situación, distraerse pensando en el sonrojamiento y volver a redirigir rápidamente la atención a la tarea; los pacientes completan el auto-registro correspondiente. Si es posible, las situaciones son practicadas primero en la sesión.

Heimberg y sus colaboradores (véase, p. ej., Hope y Heimberg, 1993) han desarrollado un programa multicomponente que ha resultado superior a la lista de espera, a un grupo de control de atención y a un placebo farmacológico; además, aunque en un estudio fue menos eficaz que la fenelcina en algunas medidas en el post-tratamiento, resultó más eficaz en el seguimiento (los pacientes ya no recibían tratamiento). El *programa de Heimberg* se aplica preferentemente en grupo y consta de seis componentes:

- a) Proveer a los pacientes con una explicación cognitivo-conductual de la fobia social y con una justificación del tratamiento y de su eficacia.

- b) Identificar y cuestionar cogniciones problemáticas a través de ejercicios estructurados.
- c) Exposición dentro del grupo a situaciones ansiógenas simuladas o artificiales e individualizadas para cada paciente.
- d) Ejercicios de reestructuración cognitiva para controlar los pensamientos desadaptativos antes y después de las exposiciones dentro del grupo. Cada paciente cuenta con la ayuda de los terapeutas y de los demás miembros del grupo.
- e) Tareas entre sesiones de autoexposición en vivo a las situaciones ansiógenas. Las tareas son revisadas al comienzo de la siguiente sesión.
- f) Aplicar la reestructuración cognitiva antes y después de llevar a cabo las tareas de autoexposición.

El primer componente se trabaja en la sesión 1, el segundo en las sesiones 1-2 y todos los demás en las sesiones 3-12. En la última sesión los pacientes discuten también lo que han aprendido y cómo pueden aplicarlo en el futuro. Una presentación resumida del tratamiento puede verse en el cuadro 4.3. Éste implica 12 sesiones de 2-2,5 horas de duración y periodicidad semanal, dos terapeutas de sexo distinto y aplicación en grupo de 4-7 pacientes. Sin embargo, no se sabe si estos parámetros son los óptimos. Por ejemplo, quizá no sean necesarios dos terapeutas ni que sean de distinto sexo y es muy probable que los resultados fueran mejores con más sesiones, especialmente en el caso de la fobia social generalizada. De hecho, con 12 sesiones de tratamiento en grupo no pueden trabajarse más de 2-3 situaciones por paciente; el paciente debe seguir trabajando por su cuenta tras el tratamiento y aplicando las habilidades aprendidas.

En Echeburúa (1995) aparece un programa de tratamiento que combina ensayos conductuales, exposición gradual en vivo (incluye implicación en actividades lúdicas y de ocio) y reestructuración cognitiva. Implica 10 sesiones de 2,5 horas de duración y periodicidad semanal, dos terapeutas de sexo distinto y aplicación en grupo de 4-6 pacientes. Caballo, Andrés y Bas (1997) también presentan detalladamente un tratamiento para la fobia social, el cual incluye educación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales. La intervención se lleva a cabo a lo largo de 14 sesiones de 2,5 horas, una por semana, aplicadas en grupo de 6-8 personas, más 6 sesiones de apoyo.

Cuadro 4.3. Tratamiento cognitivo-conductual en grupo de Heimberg

Sesión	Contenido
0	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar el modelo cognitivo-conductual de la fobia social y justificar el tratamiento de modo esquemático. 2. Entrenar en la escala USAs (unidades subjetivas de ansiedad). 3. Desarrollar una jerarquía individualizada de miedo y evitación. 4. Establecer un contrato sobre las 2-3 situaciones que serán el foco primario del tratamiento.
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completar cuestionarios. 2. Hacer presentaciones. 3. Explicar reglas básicas del grupo: confidencialidad, asistencia, participación. 4. Los pacientes comparten sus miedos sociales y sus metas de tratamiento. 5. El terapeuta presenta el modelo cognitivo-conductual de la fobia social y describe y justifica el tratamiento. 6. Entrenamiento inicial en reestructuración cognitiva: identificar pensamientos automáticos (PA), cuestionarlos con la ayuda de una lista de preguntas y generar alternativas positivas. Se emplean dos ejercicios: <p>a) Ejercicio 1: el terapeuta cuenta una situación personal. b) Ejercicio 2: los pacientes comparten sus PA referidos a venir al grupo de terapia. En ambos ejercicios, el cuestionamiento de los PA es realizado sólo por los dos terapeutas.</p>
	7. Tareas entre sesiones: registro de 2-3 situaciones temidas y PA.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completar cuestionarios. 2. Revisar tareas entre sesiones. 3. Continuar con la reestructuración cognitiva: <p>a) Introducir el concepto de error cognitivo. b) Ejercicio 3: los pacientes identifican errores en los PA identificados en las tareas.</p> <p>c) Introducir preguntas tipo para discutir los PA y respuestas racionales. d) Ejercicio 4: empleo de una situación imaginada (ser llamado a la oficina del jefe) para identificar PA y errores presentes en los mismos, cuestionar éstos y elaborar respuestas racionales.</p> <p>e) Cuestionar en grupo PA identificados en las tareas entre sesiones y desarrollar respuestas racionales.</p>

Cuadro 4.3. continuación

	4. Tareas entre sesiones: registrar PA, identificar errores, cuestionar los PA y desarrollar respuestas racionales.
3-11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completar cuestionarios. 2. Revisar tareas entre sesiones. 3. Completar tres exposiciones intra-sesión: <p>a) Seleccionar a un paciente y explicar brevemente la situación de exposición. b) Obtener los PA. c) Seleccionar uno o dos PA. d) Identificar el/los error/es cognitivo/s en el/los PA. e) Emplear las preguntas tipo para cuestionar los PA. f) Desarrollar una o dos respuestas racionales. g) Desarrollar los detalles de la situación de exposición. h) Establecer una meta conductual no perfeccionista. i) Llevar a cabo el ensayo. j) Analizar la exposición: revisar el logro de la meta, discutir el empleo de la respuesta racional, identificar nuevos PA, reforzar al paciente.</p>
	4. Tareas entre sesiones: exposición en vivo con aplicación de la reestructuración.
12	La primera mitad es similar a las sesiones 3-11. En la segunda mitad se revisa el progreso de los pacientes, se identifican respuestas racionales importantes que se seguirán empleando y se identifican metas para seguir trabajando por cuenta propia. La sesión termina con un breve refrigerio que permite a los pacientes despedirse y poner una nota agradable al fin del grupo.

Nota. Elaborada a partir de Hope y Heimberg (1993).

^a Esta sesión corresponde a la entrevista de orientación para el tratamiento.

una vez al mes. Otros tratamientos para la fobia social son la terapia para la efectividad social, comentada antes (Beidel y Turner, 1998), y el de Rapee y Sanderson (1998), el cual combina reestructuración cognitiva, entrenamiento en atención, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaída. Una intervención para las dificultades para hablar en público (miedo y déficit de habilidades) puede verse en Bados (2001).

Con relación a la combinación terapéutica más frecuente (*exposición más técnicas cognitivas*), varios estudios han investigado si se obtiene algún beneficio adicional al llevar a cabo dicha combi-

nación. Los resultados han sido contradictorios, ya que, según los casos, el tratamiento combinado ha resultado mejor que la exposición (y que la reestructuración cognitiva), igual a la exposición o incluso inferior. Los dos metaanálisis realizados no indican que dicho tratamiento combinado sea superior a la exposición, aunque en uno de ellos se halló una tendencia en el postratamiento a que tuviera mayores efectos. El no haber encontrado efectos potenciadores de la reestructuración cognitiva ha sido atribuido en ocasiones a una baja calidad en la aplicación de ésta. Sin embargo, esto no ha sido así en todos los casos; además, si la correcta aplicación de la reestructuración cognitiva requiere un gran entrenamiento por parte de los profesionales, esto iría en contra de la diseminación de la técnica y habría que estudiar si los beneficios obtenidos compensarían los costes.

A pesar de este estado de cosas, se recomienda emplear exposición (en vivo y simulada) y añadir técnicas cognitivas, ya que esto puede favorecer la generalización a otras situaciones, es difícil que reduzca la eficacia de la exposición en la medida que se dedique a ésta el tiempo adecuado, y el tratamiento combinado ha sido el más rigurosamente investigado y superior a la lista de espera y a grupos placebo. Además, el programa combinado citado puede ser aplicable a un mayor número de pacientes que un tratamiento consistente sólo en exposición y permite reducir el tiempo dedicado a esta última sin que se produzca una merma en los resultados. Si la técnica cognitiva a añadir debe ser la reestructuración cognitiva u otra más simple, como el entrenamiento autoinstruccional, es algo que está por dilucidar.

Caso de que llegue a comprobarse que la adición de técnicas cognitivas es útil, esto no indica necesariamente que sea debido a su naturaleza cognitiva. Podría ser que otras técnicas de afrontamiento no cognitivas fueran igualmente eficaces o que algún aspecto no cognitivo de las técnicas cognitivas fuera el elemento esencial. Además, la utilidad de las técnicas cognitivas puede depender de características de los pacientes: lo cognitivos que son, su grado de aceptación de las técnicas cognitivas, su grado de control sobre sus procesos cognitivos en las situaciones fóbicas, etc. Además, diferentes pacientes pueden beneficiarse de diferentes técnicas cognitivas.

Si es útil o no *adaptar el tratamiento al perfil de respuesta* de cada fóbico social (por ejemplo, reestructuración cognitiva para

aquellos con reactividad cognitiva y relajación aplicada para aquellos con reactividad somática) es algo que ha sido investigado en unos pocos estudios. Los resultados parecen ser sólo parcialmente favorables a la mayor eficacia de dicha adaptación. En un trabajo se encontró que los fóbicos sociales mejoraron igualmente con entrenamiento en habilidades que con desensibilización sistemática, mientras que los pacientes con inadecuación social (falta de habilidades sociales) mejoraron más con el entrenamiento en habilidades. Un segundo estudio halló que este último tratamiento fue más eficaz que la relajación aplicada en fóbicos sociales caracterizados por un predominio de conducta social inadecuada, mientras que ocurrió lo contrario en los pacientes en que predominó la activación cardiovascular; sin embargo, no hubo diferencias en la mayoría de las medidas. En un tercer estudio no se encontró que la relajación aplicada fuera más eficaz que el entrenamiento autoinstruccional en pacientes reactivos fisiológicos (predominio de la activación cardiovascular); en cambio, en los reactivos cognitivos este último tratamiento fue más eficaz que el primero. En otra investigación se halló que aquellos tratamientos adaptados a las clases de respuestas problemáticas (ansiedad social, habilidades sociales, cogniciones irracionales), de los pacientes con dificultades heterosociales dieron lugar a mejores resultados que los tratamientos no adaptados. Sin embargo, en otro trabajo se observó que el entrenamiento en habilidades y la terapia racional emotiva fueron igualmente eficaces tanto con fóbicos sociales poco habilidosos, pero relativamente racionales, como con pacientes menos racionales, pero relativamente habilidosos.

El *tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social es más eficaz* que el no tratamiento y, según los casos, el placebo en medidas de ansiedad social, evitación de situaciones sociales, cogniciones disfuncionales, activación fisiológica y depresión. Los porcentajes de fóbicos sociales *mejorados* oscilan entre el 60 y el 80% de los pacientes tratados con las intervenciones más eficaces y los resultados se mantienen (e incluso mejoran) en seguimientos realizados hasta 5 años después. Sin embargo, si se tiene en cuenta a las personas que rechazan el tratamiento (13-17%) y a las que lo abandonan (10-14%), el porcentaje de pacientes mejorados se reduce al 45% más o menos. El porcentaje de pacientes que alcanzan un *elevado estado final de funcionamiento* ha variado,

por lo general, entre el 20 y el 75%, según los criterios empleados, aunque probablemente esté mucho más cerca de la primera cifra que de la segunda. Por otra parte, hay pocos estudios de seguimiento y éstos han sido llevados a cabo con pacientes moderadamente deteriorados, ya que en muchos casos no ha sido posible conseguir la participación de los pacientes más severos en términos de fobia social o comorbilidad. Al menos el 25% de los pacientes reciben tratamiento adicional para su fobia social durante el período de seguimiento.

No hay predictores claros de éxito terapéutico, aunque un firme candidato es la reducción del miedo a la evaluación negativa; las recaídas parecen más probables cuando este tipo de cogniciones no cambian. El nivel alto de depresión, el déficit de habilidades sociales, las bajas expectativas de mejora, el tener fobia social generalizada (en vez de circunscrita), la gravedad del deterioro producido por el trastorno, presentar trastorno de personalidad por evitación, el abuso o dependencia del alcohol y no cumplir con las tareas entre sesiones pueden estar asociados con peores resultados del tratamiento cognitivo-conductual (a corto o medio plazo) o abandono del mismo; sin embargo, los resultados no son consistentes ni entre estudios ni entre medidas. Por otra parte, si un fóbico social no mejora después de unas pocas semanas (8) de tratamiento, es poco probable que se beneficie de la continuación del tratamiento que está recibiendo. Finalmente, los tratamientos más largos parecen producir más beneficios.

Que se obtengan peores resultados del tratamiento no significa necesariamente que no se consiga la misma cantidad de cambio; el nivel de cambio puede ser similar, pero no así el estado final conseguido cuando ya se presenta un mayor deterioro en el pretratamiento. En un par de estudios se ha comprobado que los pacientes con trastornos comórbidos del Eje I (distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple) o del Eje II (trastorno de personalidad evitativa, dependiente, obsesivo-compulsiva, histriónica) mejoraron igual con el tratamiento que los fóbicos sociales sin trastornos comórbidos, pero siguieron presentando más deterioro en el postratamiento en medidas de ansiedad general, calificaciones clínicas de severidad y estado final de funcionamiento. En cuanto a aquellos con fobia social generalizada, mejoraron similarmente a los de fobia social circunscrita, pero un menor porcen-

taje de los mismos alcanzó un elevado estado final de funcionamiento. Es posible que el resultado de los primeros pueda ser mejorado incorporando a la intervención un entrenamiento en habilidades sociales. En general, los fóbicos sociales con otros trastornos del Eje I (ansiedad, depresión), con trastorno de personalidad por evitación o con varios trastornos de personalidad mejoran igual que los fóbicos sociales puros, pero presentan una mayor sintomatología antes y después del tratamiento.

Una vía de tratamiento a investigar es la producción deliberada de las sensaciones temidas delante de otros, primero ante el terapeuta o el grupo y luego en las situaciones sociales reales. Esto puede ser especialmente importante para los fóbicos sociales con un miedo acusado a sonrojarse, sudar o temblar. Por ejemplo, medios de producir la sudoración son beber líquidos calientes, ponerse delante de un radiador, llevar ropa de abrigo, llevar camisas de tejidos que favorecen la sudoración y la hacen más visible, y hacer ejercicio fuerte antes de la exposición. Medios de ponerse rojo son pensar en veces anteriores en que uno se ha puesto rojo, pensar en cosas vergonzosas, contener la respiración y tensar los músculos de la cara, y darse maquillaje de tonos rojizos. Esta producción deliberada de las sensaciones temidas se combina con la exposición a situaciones en las que dichos síntomas aparecen naturalmente. Otros puntos importantes para estos fóbicos son:

- Hay que considerar como meta del tratamiento no la eliminación del temblor, sudor o rubor, sino la del miedo a los mismos. Dichos fenómenos son presentados como susceptibilidades individuales con las que hay que aprender a convivir en vez de intentar evitarlas. Si esto se consigue, se supone que, al reducirse el miedo, disminuirán en intensidad, frecuencia o duración; al contrario, cuanto más se intentan controlar, más se agravan. De todos modos, los pacientes suelen esperar inicialmente que su temblor, rubor o sudor desaparecerán y sólo tras varias semanas comienzan a aceptarlos y a estar menos perturbados por ellos.
- Debe tenerse en cuenta no sólo la evitación directa de situaciones para prevenir el que los demás observen el rubor, sudor o temblor, sino también la evitación sutil,

mucho más difícil de descubrir. Las conductas defensivas para el miedo a sonrojarse, sudar o temblar fueron ya enumeradas al hablar de las reacciones conductuales en la fobia social.

- Algún autor ha propuesto que los fóbicos sociales podrían emplear la *estrategia de dar explicaciones aceptables* de sus síntomas con el fin de reducir sus miedos; así, las personas con miedo a temblar podrían decir que están nerviosos para no ser tomados por neuróticos o alcohólicos. Sin embargo, esto puede ser una conducta defensiva que no permite comprobar si lo que se teme es cierto. De todos modos, y en caso necesario, puede permitirse inicialmente en el tratamiento.

4.2.2. Programas psicológicos con adolescentes y niños

Un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la fobia social en *adolescentes* fue desarrollado por Albano y colaboradores en 1995. El programa se aplica en grupo e incorpora a los padres en cuatro sesiones (1, 2, 8, 15), aunque los autores señalan que una mayor implicación por parte de los padres puede aumentar la eficacia del programa. A lo largo de 16 sesiones de 90 minutos (las cuatro primeras en dos semanas, las ocho siguientes semanalmente y las últimas cada dos semanas) se aplican los componentes principales del programa en dos fases. La primera se extiende a lo largo de 8 sesiones e incluye una explicación de la fobia social y de su tratamiento y un entrenamiento en habilidades: habilidades sociales, resolución de problemas, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva. En la segunda fase se trabajan las situaciones temidas por cada adolescente mediante exposición simulada y exposición en vivo (esta también como actividad entre sesiones) y la aplicación durante dichas exposiciones de las habilidades adquiridas previamente. La evidencia preliminar del programa fue prometedora. En un estudio controlado posterior, la intervención resultó además más eficaz que el no tratamiento a corto plazo, aunque los síntomas residuales fueron considerables y no se apreciaron diferencias en el seguimiento a un año. Hubo una tendencia a que la intervención redujera la probabilidad de recaída de depresión mayor entre aquellos con historia de dicho trastorno.

Un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a *niños* fue propuesto por Kendall en 1994 y se ha mostrado superior clínica y estadísticamente a la lista de espera; los resultados se han mantenido hasta en seguimientos de algo más de 3 años y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. El tratamiento va dirigido a los trastornos de ansiedad en general y ha sido aplicado también en niños con fobia social. El número de sesiones oscila entre 16 y 20, duran 50-60 minutos y su periodicidad es semanal. La intervención es individual y se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento.

En las ocho primeras sesiones se presentan individualmente los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. En la sesión 1 se establece una buena relación con el niño y se recoge información sobre las situaciones que le crean ansiedad y sobre cómo responde a esta última. En la sesión 2 se enseña a distinguir entre varios tipos de sentimientos. Durante la sesión 3 se construye una jerarquía de situaciones ansiógenas y se busca que el niño pueda distinguir entre las reacciones ansiosas y otras, e identificar sus propias respuestas somáticas de ansiedad. Tras esta sesión, se mantiene un encuentro con los padres para compartir impresiones e ideas, discutir las preocupaciones de los padres, recoger información sobre áreas problemáticas del niño, revisar las metas del tratamiento y alentar la cooperación de los padres en el tratamiento. En la sesión 4 se lleva a cabo un entrenamiento en relajación (relajación muscular progresiva y visualización); los niños reciben una cinta personalizada para emplear fuera de la consulta. La sesión 5 se dedica a saber identificar y evaluar los pensamientos en las situaciones ansiógenas y a practicar pensamientos alternativos. Durante la sesión 6 se enfatizan estrategias de afrontamiento tales como pensamientos de afrontamiento, autodirección verbal y desarrollo de acciones adecuadas. La sesión 7 se dedica a la enseñanza de la autoevaluación y autorreforzamiento y la 8 a revisar los conceptos y habilidades enseñados. Este primer bloque no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación a la lista de espera.

Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de experiencias imaginales y en vivo (en la consulta, en casa y en la escuela) de situaciones individualizadas y graduadas en cuanto al estrés y ansiedad que

provocan. Para ello, el terapeuta sirve de modelo (usa la activación ansiosa como señal para aplicar las estrategias de afrontamiento), se utilizan ensayos conductuales y se emplea el reforzamiento social; también se alienta a los niños a que se refuercen por su afrontamiento exitoso. En la sesión 9 se trabaja con situaciones no estresantes y de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-15 se practica en situaciones muy estresantes. Además, en estas dos últimas sesiones los niños comienzan a preparar un proyecto individualizado (canción, anuncio de TV, espacio radiofónico, poema) que es grabado y que está dirigido a enseñar a otros niños cómo afrontar la ansiedad perturbadora. La sesión 16 y última se dedica a discutir la experiencia de terapia, revisar las habilidades y alentar al niño a practicar estas últimas en su vida diaria. El niño graba su proyecto y recibe una copia para llevarse a casa. Existen datos que indican que este segundo bloque, al menos cuando sigue al primero, es un componente activo a la hora de producir cambios significativos.

Una cuestión importante respecto al tratamiento anterior es si la *implicación de los padres* en el tratamiento mejoraría los resultados de éste. Un estudio indica que así es con niños menores de 11 años, aunque no con niños mayores, al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar; la potenciación de los resultados de la terapia cognitivo-conductual se dio en el postratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses. El manejo de la ansiedad en la familia empleado en el estudio citado tiene tres componentes, cada uno de los cuales se aplica durante cuatro sesiones; la primera parte de cada sesión se dedica al tratamiento individual de la fobia social del niño y la segunda al tratamiento en familia. En primer lugar y con el fin de reducir el conflicto y aumentar la cooperación en la familia, los padres son entrenados para reforzar verbal y materialmente las aproximaciones a las situaciones temidas y no prestar atención a la conducta ansiosa y quejas excesivas. En concreto, los padres responden con empatía a la primera queja del niño, pero las repeticiones son seguidas por la incitación a practicar una estrategia de afrontamiento previamente aprendida y por no hacer caso a las conductas de ansiedad y quejas. Estas estrategias de manejo de contingencias son ensayadas con ejemplos de las conductas temerosas del niño.

En segundo lugar, se enseña a los padres a tomar conciencia de sus propias respuestas de ansiedad, a manejar sus alteraciones emocionales y a modelar respuestas de resolución de problemas y de afrontamiento ante las situaciones temidas. En tercer y último lugar, se entrena brevemente a los padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento. Este tercer componente implica lo siguiente: *a)* entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño y para que los padres sean congruentes en el manejo de las respuestas ansiosas del niño; *b)* alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces; *c)* entrenar en habilidades de solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar las dificultades del niño y de la familia.

Aparte de lo comentado hasta aquí, Beidel y Turner (1998) presentan guías prácticas para el tratamiento de niños con fobia social a partir de los 8 años. Su programa incluye exposición graduada en vivo e imaginaria (para niños de 12 o más años en este último caso) y entrenamiento en habilidades sociales; también ofrecen algunas pautas para llevar a cabo reestructuración cognitiva (con adolescentes) y entrenamiento en relajación.

4.3. Tratamiento farmacológico y su eficacia

Los fármacos investigados han sido los inhibidores de la monoaminooxidasa o IMAOs (fenelcina), los IMAOs reversibles (moclobemida, brofaromina), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (fluvoxamina, paroxetina, sertralina), las benzodiacepinas (alprazolam, clonacepam, bromacepam) y los betabloqueantes (propanolol, atenolol). La buspirona no se ha mostrado más eficaz que el placebo en un par de estudios. Sólo hay un estudio controlado sobre los antidepresivos tricíclicos (la imipramina en concreto) y éstos no parecen eficaces. El cuadro 4.4 presenta un resumen de los distintos fármacos empleados y de su eficacia.

Cuadro 4.4. Fármacos empleados para el tratamiento de la fobia social

Fármacos	Eficacia a corto plazo	Mantenimiento a largo plazo	Observaciones
IMAOs (fenelcina)	Clara	Pobre (recaídas frecuentes)	Quizá más eficaz a corto plazo y de efectos más rápidos que la terapia cognitivo-conductual. Importantes efectos secundarios. Dieta restrictiva.
IMAOs reversibles			
- Moclobemida	Equívoca	?	Inconsistencia entre estudios.
- Brofaromina	Clara	?	Retirada del mercado por efectos secundarios graves.
ISRS			
- Paroxetina	Clara	Pobre	El ISRS mejor estudiado.
- Fluvoxamina	Clara	?	
- Sertralina	Posible	?	Sólo un estudio.
Benzodiacepinas			
- Clonacepam	Posible	Muy pobre	Sólo dos estudios.
- Bromacepam	Posible	Muy pobre	Sólo dos estudios.
- Alprazolam	Mínima	—	
Betabloqueantes	Nula	—	¿Quizá eficaz en fobia social circunscrita?
Búspirona	Nula	—	
Imipramina	Nula	—	

Nota. IMAOs = inhibidores de la monoaminoxidasa. ISRS = inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

* Se desconoce si se mantienen los resultados al discontinuar un tratamiento farmacológico prolongado.

La *fenelcina* (60-90 mg por día) ha resultado superior al placebo en cinco estudios y mejor que el *atenolol* en otro trabajo; el porcentaje de fóbicos sociales notablemente mejorados oscila alrededor del 65%. No hay trabajos sobre el mantenimiento de los resultados a largo plazo, aunque las recaídas no parecen raras al discontinuar la medicación. En dos investigaciones, la *fenelcina* también se ha mostrado más eficaz a corto plazo y de efectos más rápidos que el tratamiento de Heimberg, y ambos superiores a dos grupos placebo (farmacológico y psicológico); sin embargo, en el seguimiento realizado en uno de estos estudios, un cierto número de pacientes empeoró al dejar de tomar *fenelcina* mientras que los que habían recibido tratamiento psicológico mantuvieron sus ganancias. Los IMAOs, como es el caso de la *fenelcina*, tienen las limitaciones de importantes efectos secundarios (hipotensión ortostática, sedación, disfunción sexual, irritabilidad, hiperestimulación) y tener que seguir una dieta restrictiva, pobre en tiramina, para evitar crisis de hipertensión arterial.

Estos problemas de los IMAOs parecen parcialmente solucionados con los nuevos *inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa* (brofaromina, moclobemida), aunque han surgido otras dificultades. La brofaromina ha resultado eficaz a corto plazo para la fobia social en comparación al placebo, pero ha sido retirada del mercado por efectos secundarios graves, incluidas varias muertes. La eficacia de la moclobemida es más equívoca, ya que ha habido inconsistencias entre los resultados de distintas investigaciones.

En cuanto a los *inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina*, la fluvoxamina (150-200 mg por día) y la sertralina (35 mg por día) han sido más eficaces que el placebo en tres y un estudio cada una respectivamente, y la paroxetina (40 mg por día) en cinco, cuatro de ellos con un gran número de pacientes. Dada su relativa eficacia, tolerabilidad y seguridad, y su utilidad cuando hay trastornos afectivos o de ansiedad comórbidos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son las medicaciones que se recomiendan en el tratamiento farmacológico de la fobia social. Las recaídas al dejar de tomar paroxetina son muy frecuentes, al menos cuando se ha tomado durante 3 meses o menos. De aquí que se recomienda prolongar el tratamiento durante al menos un año; se necesitan de 6 a 8 semanas para comenzar a apreciar las mejoras.

Las *benzodiacepinas* han sido muy poco investigadas. Un par de estudios aportan evidencia favorable al clonacepam (1-6 mg por día) en comparación al placebo en el caso de los adultos. El bromacepam ha resultado superior al placebo en un estudio. El alprazolam produjo mejoras en un estudio, pero casi no más que el placebo, al menos cuando ambos fueron combinados con autoexposición. Con los niños, ni el clonacepam ni el alprazolam han resultado superiores al placebo. Existe una fuerte tendencia a la recaída al retirar las benzodiacepinas y están además los problemas de los efectos secundarios (sedación, ataxia, deterioro cognitivo), de la dependencia, cuando se prescriben por largos períodos, y de la potenciación de los efectos del alcohol (éste es frecuentemente consumido por los fóbicos sociales). Es frecuente en la práctica clínica combinar las benzodiacepinas con los antidepresivos para reducir la ansiedad durante las 2-4 primeras semanas hasta que los últimos hagan efecto y para contrarrestar el incremento de ansiedad que puede producir el inicio de la terapia antidepresiva; las benzodiacepinas pueden retirarse tras unas pocas semanas. Por el momento, se carece de evidencia controlada sobre la utilidad de esta terapia farmacológica combinada.

Los *betabloqueantes* no han resultado más eficaces que el placebo. Se piensa, aunque no ha sido bien investigado, que el propranolol (10-80 mg por día) y el atenolol (25-100 mg por día) pueden ser útiles en las fobias sociales circunscritas (miedo a hablar en público, miedo escénico) administrados en dosis únicas 45-120 minutos antes de la exposición a situaciones temidas ocasionales (una conferencia, por ejemplo) o en dosis constantes cuando las situaciones son más frecuentes. Sin embargo, su empleo continuado, como hacen algunos músicos, conlleva riesgos, ya que pueden agravar trastornos existentes tales como asma, problemas cardíacos y depresión. Además, incluso dosis altas ocasionales de betabloqueantes pueden empeorar la actuación cuando la actividad a desarrollar exige una mayor respuesta del sistema cardiovascular, como ocurre en el caso de los cantantes. Los betabloqueantes, al reducir la taquicardia, el temblor y la sudoración, pueden aumentar la confianza de la persona y facilitar la exposición a las situaciones temidas y la actuación durante la misma. Sin embargo, al reducir poco los síntomas psíquicos de ansiedad, están indicados sobre todo cuando la sintomatología es predominantemente somática.

En resumen, el tratamiento farmacológico (especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y los IMAOs) es útil a corto plazo en el tratamiento de la fobia social y el 50-80% de los pacientes tratados mejoran significativamente con los dos tipos de fármacos mencionados. Sin embargo, la terapia farmacológica requiere ser aplicada durante al menos un año para conseguir efectos notables y evitar las frecuentes recaídas (35-50% en el caso de la fenelcina) que se producen en caso de retirarla antes. De todos modos, no hay datos sobre qué ocurre cuando se discontinúa el fármaco tras un año de administración. Desde una perspectiva farmacológica, se recomienda empezar por inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (con la posible adicción de una benzodiacepina) combinados con instrucciones de autoexposición a las situaciones temidas. Si los resultados no son buenos, puede añadirse, si no se ha hecho, tratamiento con benzodiacepinas o terapia cognitivo-conductual. Otras alternativas son IMAOs con o sin benzodiacepinas o probar nuevos fármacos como la gabapentina o la nefazodona, para los que existe evidencia favorable de tipo no controlado. El primero de estos dos últimos ha resultado mejor que el placebo en un estudio.

Varios estudios han *comparado el tratamiento cognitivo-conductual y el farmacológico*. En uno, la exposición resultó superior al atenolol y al placebo, sin diferencias entre estos últimos. En otro, la terapia cognitivo-conductual y el clonacepam con autoexposición en vivo fueron igual de eficaces. Un estudio no halló casi diferencias entre el programa de Heimberg, el alprazolam, la fenelcina y el placebo, todos ellos combinados con instrucciones de autoexposición en vivo. La probabilidad de recaída fue algo mayor en los pacientes tratados con alprazolam. Es posible que el tratamiento psicológico hubiera sido más eficaz de haberse empleado grupos más pequeños (6-7 en vez de 10 personas) y sesiones más largas (120 minutos en vez de 90) como es habitual. En un último estudio, el programa de Heimberg y la fenelcina fueron superiores a dos grupos placebo (farmacológico y psicológico); la fenelcina fue de efectos más rápidos y más eficaz en algunas medidas en el postratamiento a pesar de que ambos tratamientos proporcionaron un porcentaje equivalente de pacientes mejorados; el programa de Heimberg se caracterizó por un mejor mantenimiento de los resultados una vez concluido el tratamiento.

En un *metaanálisis*, el tratamiento cognitivo-conductual y el farmacológico tuvieron una eficacia aproximadamente igual a corto plazo. Los tratamientos psicológicos y farmacológicos más eficaces fueron respectivamente la exposición en vivo con o sin reestructuración cognitiva y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, aunque en este último caso las conclusiones estuvieron basadas sólo en dos estudios. El porcentaje de abandonos fue del 10% para el tratamiento cognitivo-conductual y del 14% para el farmacológico.

La *adición de psicofármacos* —en concreto el propranolol, el alprazolam y la bupiriona— a la *terapia conductual o cognitivo-conductual* ha sido investigada en tres estudios. Por lo que se sabe hasta el momento, la medicación no potencia los efectos de la terapia psicológica e incluso hay un estudio en que dio lugar a peores resultados: el fármaco estudiado fue la bupiriona administrada a dosis moderadas. De todos modos, Beidel y Turner (1998) señalan que el empleo combinado de fármacos y terapia conductual puede ser útil si el paciente está muy deprimido, presenta una ansiedad social extremadamente alta que dificulta la exposición o necesita una ayuda temporal en un momento de crisis. Si un paciente está recibiendo tratamiento psicológico y farmacológico simultáneamente por parte de dos terapeutas distintos, conviene que éstos comenten el caso entre sí para evitar dar al paciente mensajes contradictorios.

Hoy día, la terapia cognitivo-conductual parece el tratamiento a elegir en primer lugar, ya que, aunque puede ser algo menos eficaz que ciertas medicaciones a corto plazo (al menos cuando el tratamiento es breve), no presenta a diferencia de los fármacos recaídas frecuentes o efectos secundarios importantes; además, la relación coste-beneficio es favorable a la misma cuando se compara con la aplicación continua de medicación. Sin embargo, los fármacos (especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) son útiles como tratamiento de segunda elección (por ejemplo, cuando un paciente no tolera o no responde al tratamiento psicológico) o cuando un paciente presenta un miedo social severo en circunstancias muy concretas y ocasionales: este sería el caso de la persona que tiene dos o tres actuaciones problemáticas al año y a la que le podría ir bien un betabloqueante. Finalmente, es posible que, análogamente a lo que ocurre en los pacientes con trastorno de pánico, la terapia cognitivo-conductual

sea útil para ayudar a discontinuar la medicación, especialmente las benzodiacepinas, en fóbicos sociales.

4.4. Programa de intervención propuesto (componentes y secuenciación)

A continuación se tratarán algunos aspectos generales importantes de cara a la intervención con adultos y se describirán algunas pautas específicas importantes para llevar a cabo la exposición (en vivo y simulada) y la reestructuración cognitiva (verbal y conductual) en el caso de la fobia social, ya que éstos son o bien los tratamientos más usuales o bien los componentes de la intervención combinada más aconsejada; las instrucciones o el entrenamiento más formal en concentración en la tarea o interacción social está o debería estar incluido en todos los casos. De todos modos, conviene tener en cuenta que el tratamiento conductual y el cognitivo-conductual no se diferencian en que el primero no tenga en cuenta los factores cognitivos, sino en que los enfatiza mucho menos y sólo los aborda directamente si interfieren con la exposición. Cuando se dispone de poco tiempo de tratamiento, la exposición es un tratamiento menos complejo que la intervención combinada y debe ser preferida.

Cuando se combinan, la exposición y la reestructuración deben estar integradas: la reestructuración verbal debe facilitar la exposición y los experimentos conductuales, mientras que los resultados de estos dos últimos se emplean para modificar las cogniciones desadaptativas. De todos modos, en un par de estudios sobre el tema, los resultados no han variado en general, ni a corto ni a largo plazo, según que la exposición precediera, siguiera o estuviera integrada desde el principio con la reestructuración cognitiva (terapia racional-emotiva de Ellis). Por otra parte, el tratamiento debe ser individualizado: el peso de cada componente y la adición de otras posibles técnicas, como el entrenamiento en habilidades sociales y la relajación, dependerá de los problemas específicos y características de los pacientes; de todos modos, la exposición parece un ingrediente esencial. Finalmente, se presentarán el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en respiración controlada —los cuales son necesarios en, al menos, algunos casos—, el programa de mantenimiento de los logros y los aspectos a tener en cuenta cuando el tratamiento se aplica en grupo.

4.4.1. Aspectos generales de la intervención

Al igual que con cualquier otro trastorno, es fundamental: a) establecer una *buena relación terapéutica*, la cual puede verse interferida por los miedos sociales del paciente; b) acordar, a partir de los datos obtenidos en la evaluación y de las experiencias del paciente, una *conceptualización* del problema en la que se destaquen los elementos del mismo y los factores que contribuyen a su mantenimiento (puede ofrecerse también una breve explicación sobre el posible origen del trastorno); c) acordar con el paciente los *objetivos específicos* a conseguir, y d) justificar y describir en general el *tratamiento* a seguir y su eficacia. Se aconseja que, a no ser que las características del paciente indiquen lo contrario, la conceptualización del problema no se presente de un modo directivo, sino que se llegue a la misma en colaboración con el paciente y apoyándose en las experiencias de éste. También es aconsejable que el modelo explicativo se vaya dibujando en una pizarra u hoja de papel para que terapeuta y paciente puedan verlo y discutirlo juntos. Una vez acordado el modelo explicativo, conviene darle al paciente una copia por escrito para que pueda consultarla cuando desee o se le pida.

La *conceptualización* variará naturalmente según la orientación terapéutica que se siga. Si ésta es cognitivo-conductual, puede seguirse una forma simplificada del modelo presentado en la figura 2.1. En éste pueden omitirse, por una parte, los apartados de activación de supuestos (los cuales se considerarán más adelante), humor deprimido, reacciones negativas por parte de los otros y déficit de habilidades sociales, en el caso de no estar implicado; y por otra, la atención selectiva y la impresión distorsionada pueden agruparse bajo el término "atención hacia sí mismo" (véase figura 5.1). El tratamiento que se deriva es una combinación de exposición y reestructuración cognitiva y, de ser necesario, entrenamiento en habilidades sociales más o menos amplio.

El impacto negativo de las conductas defensivas puede ser difícil de captar por parte de algunos pacientes. En estos casos, para demostrar los efectos de estas conductas sobre los síntomas físicos, actuación y conciencia de sí mismo, se pide al paciente que participe en la consulta en una interacción social, artificial o simulada, bajo dos condiciones opuestas (llevando o no a cabo sus conductas de seguridad) y luego se discuten los efectos en ambas condiciones.

(Conviene tener en cuenta que al retirar las conductas defensivas, puede producirse un cierto incremento temporal de la ansiedad subjetiva, aunque mejora la actuación y la impresión que se da.) Por otra parte, aunque el papel negativo de la autoconciencia suele ser visto mucho más fácilmente, también se pueden llevar a cabo interacciones sociales bajo dos condiciones contrarias: atención centrada en sí mismo contra atención centrada en la tarea o interacción social.

Si la orientación es más conductual, el modelo explicativo simplificado que se presenta al paciente será diferente. En este caso, puede argüirse que las situaciones sociales temidas dan lugar a ansiedad y a atención centrada en uno mismo, las cuales se influyen mutuamente entre sí. La ansiedad genera conductas defensivas y de evitación, las cuales, si bien reducen la ansiedad a corto plazo, contribuyen a mantenerla. El resto del modelo puede quedar igual, excepto que las expectativas negativas pueden ser presentadas básicamente como concomitantes de la ansiedad que se reducirán al disminuir ésta como resultado de terminar con las conductas defensivas y de evitación y con la atención hacia sí mismo. El tratamiento que se deriva es exposición —con el empleo de vídeo para combatir la impresión errónea que los fóbicos sociales tienen de sí mismos— y, en caso de ser necesario, entrenamiento en habilidades sociales más o menos amplio. Un modelo aún más conductual no consideraría la atención centrada en sí mismo, sino que haría hincapié en la ansiedad y en las conductas defensivas y de evitación y tendría como objetivos la habituación de la ansiedad, la reducción o eliminación de las conductas citadas y el entrenamiento de las habilidades sociales necesarias.

Los *miedos sociales del paciente pueden activarse también ante el terapeuta*. Éste puede ser visto como una fuente de evaluación negativa, con la consiguiente repercusión en el comportamiento del paciente durante la sesión: evitación del contacto visual, rubor, menor concentración en lo que se explica, dificultad para expresar ciertas opiniones, problemas para compartir y analizar cogniciones negativas, perturbación de la relación terapéutica, etc. Para que la ansiedad social vaya disminuyendo poco a poco, el terapeuta debe mostrarse comprensivo ("imagino que es difícil decir ciertas cosas a un extraño") y no juzgador, pasar por alto inicialmente las cuestiones que el paciente no desee abordar y reservar el posible empleo de la confrontación para más adelante. Además, si es preciso favorecer la concentración del paciente, pueden emplearse

medios como los siguientes: repetir más de una vez las ideas importantes, emplear la pizarra, hacer resúmenes frecuentes, dar por escrito la información importante, pedir al paciente que resuma o escriba los puntos importantes en la sesión (como mínimo las actividades entre sesiones) y pedirle también que escuche en casa grabaciones de las sesiones.

Si bien algunos pacientes se muestran ya ansiosos al principio, otros desarrollan el miedo cuando el terapeuta les conoce mejor y piensan que han suscitado expectativas que no pueden satisfacer. En consecuencia, temen defraudar al terapeuta si expresan ciertas opiniones, protestan por ciertas actividades entre sesiones o formulan dudas sobre la marcha del tratamiento. Hay que estar atento al hecho de que un paciente pueda estar intentando complacer al terapeuta en vez de expresar sus propios deseos y sentimientos, ya que, si esto no se corrige, se facilitará el abandono del tratamiento y la consiguiente atribución del fracaso a sí mismo por parte del paciente. La solución en estos casos es que el miedo del paciente interfiere seriamente con la marcha de la intervención es abordar directamente este miedo mediante el cuestionamiento de los pensamientos automáticos correspondientes y la realización de las actividades temidas respecto al terapeuta.

Hay que vigilar para que los pacientes no mantengan metas del tratamiento poco realistas. Algunos piensan que aprenderán a sentirse siempre sin malestar al interactuar con otra gente, pero no hay tratamiento, por prolongado que sea, que pueda conseguir esto; además, un cierto grado de ansiedad social es normal e incluso deseable en muchas situaciones. Otros creen que aprenderán reglas claras de cómo comportarse en las situaciones sociales, pero aunque el tratamiento ofrece cierta ayuda al respecto, es imposible tener en cuenta toda la diversidad de situaciones sociales: además, y más importante, muchas situaciones sociales son impredecibles y existen opiniones diversas sobre qué comportamientos son más adecuados. Finalmente, los pacientes con miedo a sus síntomas somáticos (rubor, sudor, temblor) en situaciones sociales suelen desear la desaparición de estos síntomas, pero son susceptibilidades individuales con las que hay que aprender a convivir: si esto se consigue, se supone que, al reducirse el miedo, disminuirán en intensidad, frecuencia o duración.

Los fóbicos sociales tienden a menospreciar los logros conseguidos, más aún si son lentos o pequeños. El menospreciar el pro-

greso es más fácil cuando las tareas que se propone el paciente son cosas que resultan fáciles para la mayoría de la gente. A continuación se presentan varios ejemplos de cómo la gente degrada sus éxitos y, entre paréntesis, de las respuestas que ayudan a enfocar las cosas de forma positiva. La derivación de estas respuestas puede hacerse a través de la reestructuración cognitiva, del entrenamiento autoinstruccional o de la provisión de información por parte del terapeuta o del grupo (los fóbicos sociales tienden a infravalorar su actuación, pero no la de los demás).

- a) "Cualquiera podría hacer esto." ("No, si se sintieran tan ansiosos como yo".)
- b) "Debería haberlo hecho mejor." ("Con el tiempo lo conseguiré; ahora haré lo que pueda".)
- c) "Nadie creerá que eso era importante." ("A lo mejor no, pero yo sé lo importante que es".)
- d) "Hoy ha sido un día horrible." ("Tan sólo ha sido un día malo, ni más ni menos. Todo el mundo los tiene. Mañana será un día mejor".)

Conviene avisar al paciente (y prepararlo para ello) de que la superación de la fobia social puede no producir efectos positivos inmediatos con las personas conocidas, debido a las actitudes previas de los demás hacia él. Por otra parte, la exposición y los experimentos conductuales en la reestructuración cognitiva no pueden llegar a demostrar que los juicios negativos de los otros no existan realmente, ya que la gente puede callarlos o ser más suave por educación o consideración. La única manera de trabajar esto es aprender a tolerar la evaluación negativa y comprender que ésta es compatible con la aceptación por parte de los otros. En otras palabras, lo importante no es tanto el convencerse de que la evaluación negativa es menos probable de lo que se cree, sino el aceptar que no es tan catastrófica como se piensa: los demás pueden evaluar negativamente ciertos comportamientos de uno en algún momento, pero no por eso le rechazan.

En principio, y hasta que no haya más datos al respecto, no se recomienda introducir medicación junto con el tratamiento psicológico, ya que no constituye un remedio a largo plazo y puede favorecer la dependencia. De todos modos, medicaciones como los betabloqueantes y benzodiacepinas pueden ser útiles como medidas temporales cuando un paciente llega al tratamiento en un momen-

to de crisis (por ejemplo, tiene que dar en breve una importante charla en público). Si un paciente ya está tomando medicación de forma regular, se puede intentar retirarla gradualmente antes de comenzar la intervención; esto requiere la consulta con el médico y el preparar al paciente para el incremento de ansiedad que se producirá.

Sin embargo, lo más frecuente y recomendable es llegar a un compromiso que implique estabilizar la dosis y, una vez que el paciente haya aprendido a manejar la ansiedad y las situaciones temidas y tenga más confianza en sí mismo, plantearle el abandono gradual de la medicación bajo supervisión médica. Conviene estar vigilantes durante este período para prevenir una posible recaída. Muchos autores recomiendan que no se emplee nunca la medicación antes de una exposición o experimento conductual, ya que esto favorece la dependencia de los pacientes y el no crecimiento de la confianza en sí mismos. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el abuso de alcohol dificulta o impide la solución de la fobia social.

Hay que avisar a los pacientes de que el progreso no será lineal. Aunque se irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo que se logró ayer, puede parecer imposible hoy y se puede perder parte de lo que se había ganado. Sin embargo, esto es inevitable y lo importante es seguir practicando, con lo que el terreno perdido se recupera con rapidez.

De cara al mantenimiento de los resultados, deben perseguirse ciertos cambios en el estilo de vida del paciente, tales como potenciar sus contactos con conocidos, ampliar su red de contactos sociales, participar en actividades que le permitan interactuar con otros (trabajo voluntario, grupos de aficiones), etc. Esto es especialmente importante en personas que carecen de un empleo estable o se encuentran aisladas.

Otros aspectos que conviene tener en cuenta en el tratamiento son las posibles ganancias secundarias de la conducta de evitación, aunque esto es poco frecuente, y la existencia de una familia o pareja que no apoyan al paciente o que incluso pueden reforzar sus conductas de evitación.

4.4.2. Exposición en vivo

La exposición permite aprender diversas cosas: a) Aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones

de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones. b) Aprender que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren y que, por tanto, no hay base para el miedo. c) Aprender que la ansiedad puede ser controlada con las técnicas de afrontamiento enseñadas (reestructuración cognitiva, respiración controlada, relajación), si éste ha sido el caso. De hecho, la exposición a las situaciones temidas es el contexto requerido para que alcancen un nivel adecuado de eficacia otras técnicas tales como las de afrontamiento mencionadas, la concentración en la tarea social y el entrenamiento en habilidades sociales.

La exposición en vivo por sí sola es una técnica necesaria, pero generalmente insuficiente. Por ejemplo, puede no reducir la ansiedad si los pacientes se caracterizan por errores cognitivos graves y evalúan incorrectamente las situaciones sociales y su desempeño en ellas. Además, no reduce suficientemente el miedo a la evaluación negativa, reducción que parece ser un predictor de la mejora clínica. Los efectos principales de la exposición se dan en la conducta de evitación, ansiedad subjetiva y activación fisiológica.

Los programas de exposición pueden incluir la práctica simulada de situaciones problemáticas (exposición simulada o ensayo de conducta) y tienen como parte fundamental las tareas de autoexposición entre sesiones; estas tareas son básicas de cara a la generalización del cambio. El paciente puede realizar estas tareas él solo o buscar el aliento y la retroalimentación de alguien de su medio o de miembros del grupo de terapia. Hay datos de que la autoexposición sola puede ser menos eficaz que cuando se combina con exposición simulada o en vivo asistida por el terapeuta o por otras personas significativas. En general, se aconseja que, como mínimo al inicio del tratamiento y también para las situaciones que el paciente encuentre más difíciles, la autoexposición en vivo sea precedida por la exposición simulada, por la exposición en vivo asistida por el terapeuta o por otras personas debidamente preparadas, o por la exposición imaginal. Esta última puede ser especialmente útil para pacientes muy evitadores o extremadamente ansiosos y para aquellas situaciones temidas que son poco frecuentes en la vida real o difíciles de simular con realismo en la consulta; también, como se explicará más tarde, puede ser provechosa para abordar las peores consecuencias temidas.

A) *Secuenciación del programa de exposición*

La duración de un tratamiento de exposición variará en función del número de situaciones sociales temidas, entre otras variables. Es normal que hagan falta al menos 10 sesiones y no es extraño que se necesite el doble o más conforme aumenta el número de situaciones temidas. En el caso de comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, el tratamiento puede durar un año o más. La posible distribución por sesiones se presenta en el cuadro 4.5.

Cuadro 4.5. *Posible distribución por sesiones del tratamiento mediante exposición*

Sesión 1

- [Si el tratamiento es en grupo, la primera parte de esta sesión se dedica a las presentaciones de los miembros, a la explicación de las reglas básicas de funcionamiento (confidencialidad, asistencia, puntualidad, participación activa en sesiones, autorregistros y actividades) y a que los pacientes compartan detalladamente sus miedos sociales y metas de tratamiento.] Acuerdo sobre el orden del día.
- Acuerdo sobre la conceptualización del problema (a partir de los datos obtenidos en la evaluación y de las experiencias del paciente).
- Especificación de los objetivos a lograr y descripción y justificación del tratamiento a seguir (exposición simulada y en vivo) y su eficacia.
- [En aquellos casos en que vaya a emplearse la respiración controlada para manejar la activación autonómica, se comienza el entrenamiento en esta sesión y se prolonga habitualmente a lo largo de las dos siguientes.]
- Actividades para casa: seguir completando el autorregistro introducido en la evaluación (por ejemplo, situación, nivel de ansiedad, conducta, reacciones de los demás) y escribir situaciones para la elaboración de la jerarquía de exposición.
- Esta sesión termina, al igual que las siguientes, pidiendo a los pacientes que resuman lo que han aprendido y preguntándoles si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas.

Sesión 2

- Acuerdo del orden del día y revisión de las actividades entre sesiones.
- Elaboración de los primeros pasos de la jerarquía o jerarquías de exposición.

Cuadro 4.5. *continuación*

- Selección de alguna actividad para la exposición simulada, desarrollo de los detalles de la situación, establecimiento de una o más metas no perfeccionistas y realización de la exposición simulada con énfasis en focalizar la atención en la tarea y en prevenir más o menos gradualmente las conductas defensivas.
- Revisión de la exposición simulada y repetición en caso necesario.
- Actividades entre sesiones: exposición en el medio natural a las situaciones acordadas y anotación en el autorregistro correspondiente. Es importante discutir con el paciente las guías básicas a la hora de llevar a cabo la exposición y proporcionárselas por escrito.
- [En aquellos casos en que vaya a trabajarse la asertividad, se discuten, justo antes de introducir este tema, los derechos básicos que toda persona tiene y las características y efectos del comportamiento sumiso, asertivo y agresivo; también se presentan varias situaciones por escrito con respuestas de estos tres tipos para que los pacientes aprendan a discriminar entre las mismas.]

Siguientes sesiones

- Acuerdo del orden del día, revisión de las actividades de autoexposición, reforzamiento de los esfuerzos y progresos, y búsqueda de soluciones para las posibles dificultades habidas.
- Nuevos ensayos de exposición simulada con situaciones anteriores que no han podido ser manejadas o con nuevas situaciones de la jerarquía; como no podrá hacerse esto con todas las situaciones, se seleccionan sólo algunas de acuerdo con el paciente.
- Salvo que el paciente manifieste claros y diversos aspectos negativos, introducción a partir de la tercera sesión de la grabación en vídeo de alguna o algunas de las exposiciones simuladas para que su visionado ayude al paciente a modificar la imagen distorsionada que tiene de sí mismo.
- Si es necesario, se introduce el entrenamiento en habilidades sociales para la situación que se precise o bien, si el problema es más general, se integra con la exposición ya desde el principio.
- Actividades entre sesiones: acuerdo de nuevas actividades de exposición. Se sigue este proceso trabajando cada vez situaciones más difíciles y eliminando conductas defensivas hasta lograr las metas del tratamiento o la mayor aproximación posible a las mismas.

Última sesión

- Presentación del programa de mantenimiento.

Algunos aspectos forman parte de todas las sesiones y serán comentados algo más detenidamente a continuación:

- *Acuerdo del orden de la sesión.* Se trata de determinar qué se va a hacer en la sesión y en qué orden. La finalidad es doble: a) hacer que la terapia no se desvíe de la conceptualización del problema y de los objetivos específicos perseguidos, y b) proporcionar flexibilidad para trabajar con problemas cuando surgen y se considera importante dedicarles atención. El orden de la sesión, aunque previamente pensado por el terapeuta, se establece de común acuerdo con el paciente. Naturalmente, en las primeras fases del tratamiento el proceso será menos colaborador, ya que el paciente sabe poco sobre la terapia; en cambio, en las últimas fases la mayor parte de la responsabilidad puede recaer sobre el paciente.
- *Revisión de las actividades entre sesiones.* Se trata de valorar cómo va evolucionado el paciente y de ver cómo han ido las actividades acordadas (a través de la revisión de los autorregistros correspondientes), lo que el paciente ha aprendido de las mismas, los posibles obstáculos que ha habido para su realización y las dificultades que han podido surgir al llevarlas a cabo. Deberán buscarse soluciones para estas variables interferidoras.

La evaluación de la evolución del paciente, es decir de su respuesta al tratamiento, no debe basarse solamente en las explicaciones generales de éste, sino que deben emplearse, con mayor o menor periodicidad, métodos más específicos como autorregistros, cuestionarios u observación. Las medidas obtenidas son revisadas con el paciente con el fin de detectar cambios. Si hay progresos, se alientan y se trata de identificar los factores que contribuyen a los mismos. La ausencia de cambio, cuando éste es esperado, o el empeoramiento de los problemas debe llevar a explorar aquellos factores que están bloqueando la mejora o agravando la situación.

- *Acuerdo sobre nuevas actividades entre sesiones.* Éstas son una parte fundamental del tratamiento y contribuyen a corto y largo plazo a una mayor eficacia del mismo. Siempre que sea posible, las actividades deben ser acordadas, aunque el nivel de colaboración dependerá de la fase del tratamiento. Por otra parte, las actividades deben estar clara-

mente descritas y justificadas, y deben tratar de anticiparse posibles dificultades para la realización de las mismas. Por último, suele ser conveniente que el paciente anote las actividades para minimizar problemas de incomprensión u olvido; como mínimo, el terapeuta debe comprobar que el paciente tiene claras las actividades.

- *Resumen y retroalimentación del paciente.* Este componente es especialmente importante en las primeras sesiones. La sesión se termina pidiendo al paciente que resuma los puntos principales que ha aprendido o descubierto; el terapeuta puede ayudar en este proceso haciendo preguntas y ofreciendo breves resúmenes. Finalmente, se pregunta al paciente sobre su reacción global a la sesión y si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas. De ser así, y si el tiempo lo permite, se ofrece la información correspondiente; si no es posible, pasan a formar parte del orden del día de la siguiente sesión.

B) Guías para la exposición en vivo

Las pautas para programar la exposición en vivo a las situaciones sociales temidas son similares en muchos casos a los de otros tipos de fobias. A pesar de esto, existen ciertas particularidades de la exposición en vivo en el tratamiento de la fobia social que conviene tener en cuenta y que serán también comentadas a continuación. Es preciso destacar que aunque la exposición parece una técnica de fácil aplicación, requiere una gran experiencia, flexibilidad y capacidad de motivación por parte del terapeuta a la hora de elaborar tareas de exposición y persuadir a los pacientes para que las afronten; por poner sólo un ejemplo, hay que ser empático y firme, pero no autoritario. Las guías a tener en cuenta para la exposición en vivo se exponen a continuación.

Se justifica la exposición y se presenta la misma como un *programa sistemático y estructurado* que requiere un esfuerzo continuado y que implica *tolerar cierta cantidad de ansiedad* y malestar. Debe avisarse al paciente que la exposición será gradual, que la velocidad de avance se decidirá en función de sus circunstancias y progresos, que no se verá obligado a hacer cosas que no desee y que las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán

tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles. Asimismo, si se va a enseñar alguna estrategia de afrontamiento, conviene señalar al paciente que esto le permitirá manejar más fácilmente las situaciones a las que se expone.

Por razones de motivación y de prevención de abandonos, se aconseja que la exposición sea *gradual*. Debe comenzarse por ítems o situaciones que produzcan ansiedad relativa; una buena pauta es que el primer paso a intentar sea una situación en la que el paciente tendrá éxito, es decir, en la que podrá permanecer y actuar con al menos un nivel moderado de competencia. Luego, se va avanzando *lo más rápido que se pueda* hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas, pero sin abrumar al paciente con ansiedad o pánico inmanejables. No conviene que la exposición sea demasiado graduada, ya que el progreso será muy lento y el paciente se puede desanimar. De todos modos, el carácter impredecible de muchas interacciones sociales hace más difícil programar la exposición gradual en vivo, pues una situación en principio fácil puede convertirse en algo mucho más difícil según la actuación de los demás. Una forma de paliar esto es explicar al paciente que la exposición gradual es deseable, pero no siempre posible, por lo que es mejor estar preparado para ello. Otra solución, no incompatible, es preparar a los pacientes mediante ensayos de conducta o exposición simulada (véase más abajo).

Hay que identificar el tipo de *situaciones generales* que conviene que cada paciente en particular practique en la exposición en vivo. Por ejemplo, *a)* decir que "no", *b)* iniciar, mantener y terminar conversaciones (puede incluirse aquí aprender a tolerar algunos silencios), *c)* pedir un favor, *d)* responder a una crítica, *e)* expresar y mantener la propia opinión, *f)* hacer cumplidos, *g)* dar información sobre uno mismo, *h)* pedir ayuda, *i)* expresar las propias emociones, *j)* formular una queja, *l)* admitir la propia ignorancia sobre un tema, *m)* concertar una cita, *n)* hablar en público, *ñ)* hablar por teléfono, *o)* disculparse, *p)* responder a las bromas, *q)* unirse a una conversación o actividad ya en marcha, *r)* solicitar un cambio en una conducta o suceso molesto, *s)* ser observado, *t)* cometer "errores" (llamar a números de teléfono equivocados delante de otra gente, derramar el café, dar de menos al pagar, dar información incorrecta sobre cuestiones no esenciales, etc.).

Una vez identificadas las situaciones generales o temas problemáticos, se puede construir una *jerarquía multitemática o varias jerarquías diferentes*, cada una relacionada con un tema. En el primer

caso, paciente y terapeuta elaboran una serie de situaciones particulares que concretan los distintos temas problemáticos y el primero las valora según el grado de ansiedad (0-100) que le producen y las ordena. En el segundo caso, que es el más frecuente, paciente y terapeuta elaboran una serie de situaciones específicas para cada uno de los temas identificados y el primero las valora y ordena dentro de cada tema. Cada una de estas jerarquías se trabaja separadamente, algunas de ellas en paralelo y otras, que corresponden a temas más difíciles, más tarde. En el cuadro 4.6 pueden verse ejemplos de posibles pasos más o menos generales para los temas de ser observado, aserción en las compras y hablar en público.

Cuadro 4.6. Posibles pasos más o menos generales para jerarquías correspondientes a diversos temas

-
- Ser observado
 - a) Sentarse en el autobús delante de una persona y mirarla de vez en cuando.
 - b) Entrar de los últimos en una conferencia o reunión por la puerta delantera.
 - c) Entrar de los últimos en una conferencia o reunión por la puerta delantera y dejar caer "accidentalmente" libretas y bolígrafos.
 - d) Hablar por teléfono delante de otra gente.
 - e) Viajar en un medio de transporte con alguna prenda de vestir llamativa.
 - f) También puede ponerse en marcha un magnetófono sin los auriculares conectados y mantenerlo así unos segundos hasta lograr introducir la clavija.
 - Conducta asertiva en las compras
 - a) Entrar en una tienda de electrodomésticos y pedir información detallada sobre un producto, incluyendo el precio.
 - b) Ir a una frutería y comprar sólo un par de plátanos.
 - c) Comprar sólo un artículo en un supermercado y pedir al primero de la cola poder pasar delante.
 - d) Decir en la tienda que se ha olvidado el dinero y que si pueden guardar cierto artículo que se vendrá a recoger y pagar más tarde.
 - e) Ir a varios restaurantes para informarse si harían un menú especial para un grupo, qué tendría y cuánto costaría.
 - f) Probarse algunos sombreros por cuenta propia en unos grandes almacenes.
 - g) Probarse varias prendas o zapatos en un comercio con la ayuda de un dependiente y no comprar nada.

Cuadro 4.6. continuación

- h) Devolver un artículo, primero en una tienda que lo admita expresamente y luego en otra que no.
 - i) Reclamar el cambio de un artículo defectuoso.
- Hablar en público (El tema de la charla va variando en cada paso.)
- En la consulta:
 - a) Dar sentado una charla de 3 minutos (sobre sí mismo u otro tema) ante el grupo sentado en semicírculo.
 - b) Dar sentado una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras y con consulta ocasional de notas, en caso necesario.
 - c) Dar de pie, al lado de una mesa, una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras y con la ayuda de un esquema en caso necesario.
 - d) Dar de pie, sin mobiliario y sin notas, una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras (puede empezar a introducirse aquí la cámara de vídeo).
 - e) Dar una charla de 10 minutos y responder a un par de preguntas del auditorio.
 - f) Dar una charla de 5 minutos mientras dos miembros del auditorio se muestran desinteresados (bostezan, miran al reloj o al techo, parecen adormilados, hablan con el de al lado).
 - g) Dar una charla de 3 minutos preparada en 2-3 minutos (cuasi-improvisación).
 - h) Hablar de un tema durante 1-2 minutos sin tiempo de preparación previo (improvisación).
 - i) Dar una charla de 10 minutos y responder a un par de comentarios críticos del auditorio sobre lo que se ha dicho.
 - En la vida real:
 - a) Exponer ante un compañero del grupo u otra persona.
 - b) Hacer una breve intervención en un grupo pequeño.
 - c) Formular una pregunta a un conferenciante.
 - d) Hacer un comentario de cierta extensión sobre algo expuesto en un grupo numeroso.
 - e) Hacer un brindis.
 - f) Presentar a alguien en público.
 - g) Hacer un comentario crítico sobre algo dicho en una exposición en público.
 - h) Dar una charla o exponer un trabajo, primero breve y luego más largo, ante un grupo pequeño y luego ante un grupo numeroso.
 - i) Solicitar críticas sobre lo que uno ha expuesto y contestar a las mismas.

Los pasos de cada jerarquía deben ser específicos (por ejemplo, “presentar un informe oral durante 15 minutos ante los jefes y compañeros del departamento” contra “presentar un informe”). Además, deben incluirse todas aquellas situaciones temidas o evitadas o una muestra representativa de las mismas, a condición de que sean pertinentes y significativas para el paciente; es decir, situaciones reales que el paciente tiene que afrontar en su vida o que es probable que encuentre o tema encontrar.

A la hora de elaborar los pasos, hay que considerar los factores que influyen en el miedo y evitación del paciente; por ejemplo, formalidad de la situación, estructura (el que las reglas sociales definidas sean más o menos claras), duración, ocurrencia anticipada o más o menos improvisada, características de los otros (medida en que se les conoce, nivel socioeconómico, atractivo físico, sexo, edad, educación, nivel de autoridad, estado civil, nivel de experiencia en la materia de que se trate), reacciones de los otros, número de personas presentes, probabilidad de contacto futuro y contar o no con la compañía del terapeuta u otra persona. Los pasos a practicar serán elegidos por cada paciente en colaboración con el terapeuta. Hay que favorecer la máxima iniciativa por parte del paciente; esto es especialmente importante conforme avanza el tratamiento.

La jerarquía o jerarquías de exposición pueden elaborarse ya enteras desde el principio o por partes conforme avanza la intervención. Esto último puede ser preferible por varias razones: a) es probable que una jerarquía completa inicial tenga que ser modificada más adelante, b) puede ser muy difícil para un paciente elaborar el extremo amenazante de la jerarquía, y c) que el terapeuta haga mención al principio de ciertos pasos finales puede conducir al rechazo de la intervención o a pensar en las cosas terribles que vendrán en vez de concentrarse en el tratamiento.

La autoexposición es una parte fundamental de la exposición en vivo. Las actividades de autoexposición deben ser acordadas con los pacientes (en vez de ser simplemente asignadas), lo que implica que éstos deben tener clara su justificación. Hay que acordar en detalle en qué consistirán las actividades (lugar, personas implicadas, conductas a realizar) y preguntar por posibles dificultades previstas en la ejecución de las mismas de cara a identificar posibles soluciones. Especialmente al comienzo del tratamiento conviene pedir a los pacientes que anoten lo que tienen que hacer y que lo describan para comprobar que no haya malentendidos.

Hay que vigilar que las *metas perseguidas* en la exposición no sean excesivamente elevadas, dados los recursos actuales del paciente, y que la consecución de las mismas dependa del comportamiento del paciente y no del de las otras personas. Así, si el vecino de arriba hace por sistema mucho ruido hasta las dos de la mañana, la meta de la práctica podría ser solicitar que deje de producir los ruidos a partir de las 12 de la noche; la meta no sería conseguir necesariamente que nos haga caso. En la sesión siguiente se revisa en qué medida se han conseguido las metas propuestas y el grado de satisfacción del paciente.

Es especialmente importante enseñar a los pacientes a *focalizar su atención en la tarea* o interacción social en vez de en las sensaciones internas, errores propios y pensamientos negativos, que les llevan a centrarse en sí mismos en vez de en la tarea. Esto les permitirá: a) reducir la conciencia e intensidad de los síntomas de ansiedad; b) minimizar o evitar la interferencia que la autoconciencia tiene en su comportamiento; y c) obtener información que les ayudará a juzgar más realísticamente la situación social y a invalidar sus creencias negativas ("todo el mundo se da cuenta de lo nervioso que estoy", "los demás me ven tal como yo me siento").

Se aconseja que la *exposición sea prolongada*, es decir hasta que la ansiedad se reduzca sustancialmente (por ejemplo, hasta la mitad del nivel inicial experimentado al entrar en la situación) y desaparezca el posible deseo de escapar. Sin embargo, muchas situaciones sociales son de duración limitada (iniciar una conversación, tomar la palabra brevemente, saludar a un desconocido, preguntar algo, firmar, responder preguntas cerradas, expresar ciertas críticas), por lo que la exposición prolongada no es posible. En estos casos se requieren *exposiciones cortas y repetidas*, lo más seguidas que las circunstancias permitan. Un ejemplo sería la persona que hace una pregunta a otra en la calle y luego va repitiendo con distintas personas. También pueden llevarse a cabo una tras otra diversas actividades distintas, pero que suscitan un nivel de ansiedad similar.

Es fundamental considerar la implicación de los pacientes durante las tareas de exposición, dada la tendencia de los fóbicos sociales a la evitación sutil durante las situaciones sociales: permanecen en éstas, pero no se implican en las mismas. Por ejemplo, están en un grupo, pero no participan; hablan con una persona, pero no la miran; hablan mucho para que el otro no pueda plantear temas más

difíciles; piden disculpas para no tener que escuchar las críticas de los otros; preguntan a otros, pero no dan información sobre sí mismos; hablan con otros, pero terminan la conversación abruptamente si se sienten mal. Además hay que prestar atención a otras conductas defensivas tales como beber alcohol, llevar gafas oscuras, agarrar fuertemente los objetos o mantener rígido el cuerpo (en caso de miedo a temblar o a perder el control), comer poco o desmenuzar la comida (en caso de miedo a vomitar), etc.

Estas *conductas defensivas deben ser eliminadas más o menos gradualmente*. Un par de estudios indican que puede aumentarse la eficacia de la exposición si se dan instrucciones a los pacientes para reducir y abandonar las conductas de seguridad, las cuales, aunque empleadas para minimizar la ansiedad y prevenir supuestas consecuencias negativas, impiden comprobar si las consecuencias temidas (humillación, rechazo) ocurren o no y ayudan a mantener la ansiedad.

Si se ha enseñado alguna *estrategia de afrontamiento* (p. ej., respiración controlada) para reducir la activación excesiva, el paciente puede emplearla para facilitar tanto la entrada como la permanencia en las situaciones temidas. Por otra parte, a pesar de recomendar a los pacientes que permanezcan y se impliquen en las situaciones de exposición, se les puede decir que en caso de encontrarse muy mal en un momento dado, pueden distraerse temporalmente de la situación o *escapar temporalmente* de la misma. Ahora bien, esta disociación de las señales externas debe ser breve, ya que puede incrementar la focalización en los síntomas somáticos y pensamientos negativos y, de prolongarse, reduce la eficacia de la exposición.

Para contrarrestar la imagen negativa que los fóbicos sociales tienen de sí mismos, se les puede pedir que al abordar una situación temida *recuerden logros previos* en otras situaciones sociales, rememoren sus cualidades positivas o formen una autoimagen más positiva y realista recordando sus actuaciones grabadas en vídeo durante la exposición simulada o las opiniones de sus compañeros de grupo de terapia. También puede ser útil que actúen en las situaciones como si fuesen personajes más decididos, cuyo papel ellos representan; esta última estrategia debe ser temporal y hay que vigilar para que no se convierta en una conducta defensiva. De todos estos medios, la grabación en vídeo y el recuerdo de la misma parece el más eficaz (también pueden emplearse grabaciones en audio en situaciones naturales).

Antes de comenzar cada práctica, el paciente debe *pensar en los beneficios* que le supondrá poder realizarla. Asimismo, debe fijarse en los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean, y elogiarse por ellos. Formas de conseguir esto son felicitarse a sí mismo por el progreso, contar los logros a personas de confianza y decidir hacerse pequeños regalos o concesiones cuando se consigan ciertos objetivos. En el caso de los niños es útil emplear reforzadores de actividad y materiales además de sociales. Conviene insistir en que, al menos inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida *a pesar* del miedo.

Es recomendable practicar con frecuencia unas u otras de las situaciones temidas, varios días a la semana, si es posible. Naturalmente, la frecuencia con la que se practique una situación en particular dependerá de las posibilidades de hacerlo. Algunas situaciones sociales temidas pueden ser poco frecuentes: reuniones de departamento, charlas de un maestro ante grupos de padres, enfrentamientos con el jefe, recibir cumplidos. Posibles soluciones son simular situaciones del mismo tipo, practicar situaciones similares (por ejemplo, dar charlas ante otras personas, hacer preguntas en conferencias...), llevar a cabo la exposición en la imaginación o, si puede hacerse, aumentar la frecuencia de dichas situaciones.

El paciente debe practicar él solo cada situación de la jerarquía (autoexposición), pero en aquellas que le resulten difíciles, puede buscar inicialmente la *compañía de alguien* de su medio o de miembros del grupo de terapia o del terapeuta para que le proporcionen apoyo, aliento y retroalimentación. Se aconseja que el terapeuta o un compañero o familiar debidamente preparado acompañe y ayude al paciente durante la exposición en vivo cuando: a) no se atreva a comenzar la autoexposición en vivo, b) se quede bloqueado en un momento dado del tratamiento o c) cumpla regularmente con la autoexposición, pero su ansiedad no se reduzca. En caso de emplear exposición asistida por otra persona, ésta debe combinarse paralela o posteriormente con la autoexposición para evitar la dependencia y favorecer las expectativas de autoeficacia.

Para que el tratamiento de exposición siga adelante, el *terapeuta debe ser cordial y empático, y a la vez firme* (pero no autoritario) en la conducción del tratamiento acordado. Esto implica por una parte que no hay que estar interesado sólo en los logros del paciente, sino también en sus sentimientos. Y por otra, que no hay que ceder fácilmente ante las objeciones más o menos *racionales*

del paciente para llevar a cabo ciertas actividades [por ejemplo, “¿por qué voy a decirle a mi amigo que no le dejo más dinero? (a pesar de que no me ha devuelto nada de lo que le he prestado otras veces y esto me hace sentir mal con él); en realidad, no necesito el dinero”]. Estas objeciones suelen obedecer frecuentemente al miedo; por ello, conviene señalar al paciente que una vez superado dicho miedo, podrá tomar decisiones más libremente y, probablemente, de modo más adecuado.

Cada situación de la jerarquía debe ser trabajada hasta que se domine sin dificultad. Esto puede operativizarse como el logro de dos prácticas consecutivas en que el nivel de ansiedad haya sido mínimo (por ejemplo, 2 o menos en la escala 0-8 o 25 o menos en la escala 0-100). Luego se pasa a la siguiente situación de la lista. Muchos pacientes se contentan con haber manejado bien una situación una sola vez y piensan que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es frecuente que en la base de esto haya un miedo a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan practicando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir, pero lo habitual es que se requieran exposiciones repetidas a la misma situación para que la ansiedad disminuya.

Puesto que el paciente puede encontrarse en las situaciones reales con la indiferencia e incluso con *reacciones negativas por parte de los otros* (incomprensión, insolencia, desprecio, culpabilización, beligerancia, irritación, descortesía, rechazo), es importante prepararle previamente mediante la exposición simulada para que practique cómo responder ante dichas reacciones.

De cara a revisar las actividades de exposición en vivo, conviene que el paciente complete, al menos para algunas situaciones, un *autorregistro* en el que consten: a) fecha y actividad de exposición, b) meta/s, c) ansiedad durante y al final de la exposición (0-100), d) acciones realizadas (incluyendo posibles conductas defensivas), e) respuestas de los demás, y f) satisfacción con la propia actuación (0-100) de acuerdo con la meta propuesta y, si es el caso, acciones a emprender. Las experiencias de exposición en vivo son discutidas individualmente con el terapeuta o en grupo y el paciente recibe la retroalimentación y reforzamiento correspondientes.

Si el progreso se detiene en un paso, hay que intentar averiguar por qué. Una razón frecuente es que el paso elegido sea demasiado difícil en el momento presente o que suponga un paso dema-

siado grande desde el paso anterior. La solución está en buscar un paso más fácil o uno o más pasos intermedios entre el último paso practicado y el paso siguiente.

C) Exposición simulada

La exposición simulada, también conocida como *ensayo conductual*, consiste en la exposición a situaciones sociales temidas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica. De este modo el terapeuta tiene mucho más control sobre lo que sucede durante la exposición, incluyendo su duración y el comportamiento del paciente y de los otros. Por lo general, las situaciones se simulan, pero en otras ocasiones son reales, aunque artificiales (como ir haciendo cumplidos a los distintos miembros del grupo, pedirles favores, compartir con ellos la opinión sobre algo). En el caso de situaciones simuladas y para facilitar una activación emocional significativa, debe procurarse que sean lo más realistas posible; esto conlleva la redistribución del mobiliario, la introducción de los elementos materiales necesarios (bebidas, objetos, etc.) e instruir a los compañeros de simulación para que se comporten del modo esperado.

Por cuestiones de tiempo, sólo algunas de las situaciones de la jerarquía de exposición en vivo se trabajan mediante exposición simulada. Estas situaciones son seleccionadas junto con el paciente y el resto las practica este último mediante autoexposición, la cual es revisada posteriormente en la sesión por el terapeuta.

Ya en la fase inicial del tratamiento, la *grabación en vídeo* de alguna o algunas de las exposiciones simuladas y su visionado por parte del paciente es fundamental de cara a modificar la imagen distorsionada que éste tiene de sí mismo. Antes de ver el vídeo, se pide al paciente que: a) Imagine cómo cree que aparecerá. b) Prediga el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará; la intensidad puede operacionalizarse a través de distintos medios como calificaciones tipo Likert o modos más gráficos (muestreme cuánto temblará, elija en esta carta de colores el rojo que corresponde a su rubor). c) Se mire a sí mismo como miraría a un extraño, fijándose sólo en lo que ve y oye en la cinta, e ignorando explícitamente lo que siente. Posteriormente, paciente y terapeuta revisan la cinta y el primero puede comprobar generalmente

cuán distinta es la imagen que tiene de sí mismo de la que realmente ofrece, lo cual contribuye sobremanera a reducir su ansiedad. No es necesario pasar toda la grabación, aunque puede hacerse, sino sólo aquella parte necesaria para el fin propuesto. Por otra parte, conviene tener en cuenta que la retroalimentación audiovisual no será adecuada al comienzo del tratamiento para aquellos pacientes que manifiestan claros y diversos aspectos negativos. En estos casos, hay que posponer dicha retroalimentación hasta que mejoren dichos aspectos mediante la exposición repetida, el entrenamiento en habilidades o ambos.

La exposición simulada es más fácil de conducir si el tratamiento es en grupo. En caso contrario, el papel de los interlocutores tendrá que ser representado por el terapeuta en una primera fase (hasta que se produzca habituación) y luego buscar la colaboración de otras personas: psicólogos, amigos, familiares e incluso personal administrativo bajo el correspondiente compromiso de confidencialidad. Este tipo de colaboración puede ser igualmente útil en un formato de grupo para crear situaciones más realistas y favorecer la generalización. Esto es especialmente importante tras las primeras 6-9 sesiones, ya que se habrá producido habituación al grupo y se habrán agotado muchas de las posibilidades de éste.

La existencia del grupo es también insuficiente cuando se necesitan grandes auditorios (al hablar en público, por ejemplo). Ya que no se puede aumentar el tamaño del grupo, puede acudir a otros medios de potenciar la ansiedad: grabar en vídeo de modo que la cámara sea claramente visible, aumentar la formalidad de la situación, hablar sin mobiliario delante, no permitir el uso de notas, reducir o eliminar el tiempo de preparación, tener que hablar de un tema embarazoso o controvertido, hacer que los miembros del auditorio tomen notas en plan evaluador o se muestren críticos, etc. Estos medios intra-sesión siempre pueden complementarse con autoexposición en vivo ante públicos numerosos.

Cuando el tratamiento es en grupo, es muy probable que un paciente sólo pueda llevar a cabo exposiciones simuladas en sesiones alternas. Qué pacientes practicarán en una sesión, en qué orden y qué tipo de situaciones es algo que debe ser controlado por el terapeuta. Se recomienda no comenzar por los pacientes con más ansiedad y déficit.

En la exposición simulada, los ensayos pueden ocurrir sin retroalimentación específica sobre la actuación; el énfasis está enton-

ces en la exposición prolongada o repetida a una situación. Sin embargo, lo usual es que los ensayos se combinen con reforzamiento y cierta retroalimentación. A pesar de esto, estos ensayos difieren de los que se emplean normalmente en el entrenamiento en habilidades sociales en los siguientes puntos:

- El énfasis está en incorporar los elementos temidos específicos de una situación, aunque no sean pertinentes a las conductas requeridas. Por ejemplo, el cómo se dispone el auditorio en una charla pública puede ser un estímulo temido importante, aunque las conductas necesarias para hablar en público no dependan del mismo.
- En vez de muchos ensayos breves con retroalimentación específica sobre diversos componentes de la actuación, los ensayos de exposición son más largos para permitir la habituación.
- Las situaciones simuladas pueden ser nada realistas o de ocurrencia extremadamente improbable, pero pueden representar el miedo de un fóbico social a lo que *puede* suceder. Ejemplos son: el interlocutor es instruido para señalarle al paciente un determinado síntoma de ansiedad, aunque éste es apenas visible; los que hacen de público se mofan del orador; el que hace de persona a la que se pide una cita se ríe del paciente o le dice que qué se ha pensado. Se aconseja que las exposiciones de este tipo vayan acompañadas de reestructuración cognitiva antes y después del ensayo para preparar al paciente y analizar sus reacciones.

Si la exposición simulada a lo terrible que puede suceder fuera imposible o muy ansiógena, podría acudir a la exposición imaginal para abordar los peores miedos. Pautas para conducir la *exposición imaginal prolongada* y ejemplos de escenas pueden consultarse en Beidel y Turner (1998). Como estos autores señalan, la escena debe incluir los elementos situacionales y síntomas fisiológicos (p. ej., sudoración), cognitivos (p. ej., preocupación por ser visto como incompetente) y conductuales (p. ej., expresarse de modo confuso) asociados con el miedo, así como las consecuencias negativas temidas (p. ej., los demás se dan cuenta de la incompetencia de uno). La exposición imaginal propuesta por Beidel y Turner se basa en un modelo de habituación a la ansiedad a través

de la exposición prolongada (90-120 minutos en las sesiones iniciales) y no incluye ningún tipo de estrategia de afrontamiento durante la misma. Si este procedimiento es más o menos eficaz que la exposición simulada más reestructuración cognitiva, es algo que está por dilucidar.

Siempre que se detecten claros *déficit de habilidades* en una situación, la exposición simulada debe ser integrada con el entrenamiento en habilidades sociales, el cual incluirá análisis de la situación y decisión sobre formas adecuadas de responder, posible modelado, ensayos, retroalimentación específica sobre los aspectos entrenados y reforzamiento. Sin embargo, conviene tener en cuenta que los fallos claros de ejecución no implican necesariamente déficit de habilidades, sino que pueden ser debidos a ansiedad. Por ello, no conviene precipitarse al introducir el entrenamiento en habilidades; más vale esperar un poco y ver si con la repetición de las exposiciones y una retroalimentación mínima decrece la ansiedad y la pobre actuación.

Al igual que en la exposición en vivo, el primer paso a intentar debe ser una situación en la que el paciente tendrá éxito; es decir, en la que podrá permanecer y actuar con al menos un nivel moderado de competencia. Tanto este paso como el resto son individualizados para cada paciente. Sin embargo, es frecuente, si se dispone de poco tiempo, comenzar por una situación calificada con 50 en la escala 0-100 de unidades subjetivas de ansiedad (USAs).

Igual también que en la exposición en vivo, las *metas* deben ser realistas y adecuadas a cada fase del tratamiento. Así, un fóbico con ansiedad heterosexual no debería proponerse en sus primeras interacciones con una persona del otro sexo no sentirse ansioso o no tartamudear nada en absoluto, sino, por ejemplo, ser capaz de hablar con el otro durante un tiempo determinado. Al final del ensayo se revisa en qué medida se ha conseguido la/s meta/s junto con las oscilaciones del nivel de ansiedad a lo largo de distintos momentos (véase más abajo). Los miembros del grupo ofrecen también sus impresiones sobre la actuación del paciente, impresiones que suelen ser más realistas que las del paciente y no implican infravaloración. Algunos pacientes desestiman las opiniones más positivas de los otros afirmando que lo dicen para animarles o para no hundirles; es útil en este caso preguntarles si cuando ellos valoran la actuación de los otros miembros del grupo, dicen lo que piensan o bien dicen cosas falsas simplemente por animar. Si la respuesta es lo primero, como es habitual, entonces el paciente sue-

le admitir que los demás también hacen lo mismo; si no lo admite, se le pide que aporte alguna evidencia que justifique el comportamiento diferencial de los otros en su caso y se discute.

En los ensayos conductuales deben tenerse en cuenta diversas *incidencias en la situación social* considerada (por ejemplo, aceptación o rechazo de una queja, reacciones de estar dolido o de culpabilización por parte de un amigo cuando se le niega una petición). De este modo, el paciente se prepara para lo que puede venir, aumenta su confianza y reduce su ansiedad anticipatoria.

Cuando la *ansiedad anticipatoria* experimentada constituya un problema especial, la solución puede ser considerar como situación temida la anticipación de lo que se teme (cita, comida, reunión, charla). Por tanto, la exposición consistirá en pensar sobre el acontecimiento venidero y hacer los preparativos necesarios para el mismo. Dentro de la sesión en grupo, la exposición a la ansiedad anticipatoria puede incluir el informar al paciente sobre el ensayo que se hará y recordarle periódicamente que piense sobre el ensayo venidero mientras se trabaja con otro miembro. Similarmente, en una terapia individual se puede hablar sobre el ensayo venidero al comienzo de la sesión y no llevarlo a cabo hasta el final. Tanto en un caso como en otro, es fundamental que se lleve a cabo el ensayo anticipado; de no ser así, no podría suscitarse ansiedad anticipatoria en sesiones posteriores.

Algunos autores aconsejan obtener a lo largo de la exposición simulada *calificaciones periódicas de la ansiedad subjetiva*, incluso cada minuto. Esto sirve para controlar la habituación intra- y entre-sesiones e identificar eventos asociados a un cambio de ansiedad. Para que la obtención de las calificaciones perturbe lo menos posible la interacción social en curso hay dos medios: que el paciente tenga que decir sólo un número en la escala de unidades subjetivas de ansiedad (0-100) u otra similar y que los otros participantes ayuden al paciente a recuperar el hilo en caso de que se pierda ("me estabas diciendo que...").

D) Dificultades en la exposición en vivo y soluciones

Se enumerarán algunas dificultades no consideradas a la hora de exponer las guías para la exposición en vivo, así como la posible pauta de actuación para las mismas.

- *El paciente duda de la utilidad de la exposición cuando se le propone, ya que dice que participa en ciertas situaciones y, a pesar de esto, continúa experimentando ansiedad en las mismas.* Pauta de actuación: destacar las diferencias entre la forma en la que él se expone (p. ej., no sistemática, con empleo de conductas defensivas) y la forma que se le propone, explicar por qué esta última es más eficaz y dar datos sobre su eficacia. Si sigue sin estar convencido, proponerle hacer una prueba durante un tiempo limitado.
- *El paciente duda de que la exposición sea eficaz en su caso porque dice que lo suyo es un problema de personalidad que requiere una terapia más profunda.* Pauta de actuación: preguntarle por cambios suyos o de personas que conozca en su forma de ser y si han tenido que llevar a cabo una terapia profunda para conseguirlos; si no es así, indagar qué han tenido que hacer para lograr el cambio; dar ejemplos de que uno de los mejores modos de cambiar la forma de ser es a través de la acción; si es posible, darle la oportunidad de hablar con un expaciente recuperado; proponerle hacer una prueba durante un tiempo limitado; si no acepta esto último o la cosa no parece funcionar, proponer la reestructuración cognitiva como abordaje previo.
- *El paciente no cree que la exposición funcione en su caso porque ya lo intentó con otro psicólogo.* Pauta de actuación: aclarar qué hizo exactamente con el otro psicólogo y cuáles fueron los resultados logrados. Se averigua la forma en que se aplicó realmente la exposición, a qué situaciones y durante cuánto tiempo se aplicó, circunstancias que pudieron interferir, relación con el terapeuta, otras posibles razones de los malos resultados, etc. Si el tratamiento no se aplicó bien, se resaltan las diferencias con lo que se propone ahora y se explica por qué esto último es más eficaz. Si las pautas de exposición fueron correctas y el paciente cumplió con las mismas, se propone complementar el tratamiento con técnicas dirigidas a modificar aquellos factores que supuestamente contribuyeron al fracaso del mismo y que siguen vigentes en la actualidad. Por ejemplo, podría ser necesario añadir reestructuración cognitiva si la simple exposición no fue suficiente para que la persona modificara sus expectativas e interpretaciones de evaluación negativa.

- *El paciente no acepta la exposición porque la encuentra atemorizante.* Pauta de actuación: indagar si ha superado en su vida algún miedo a través de la práctica, poner ejemplos de otros pacientes que afrontaron con éxito o, si es posible, darle la oportunidad de hablar con un expaciente recuperado, proponer empezar por pasos muy sencillos. Si esto no funciona, pueden enseñarse estrategias de afrontamiento como la respiración controlada o la relajación o empezar por exposición simulada o imaginal o por reestructuración cognitiva. Otra posibilidad es que el terapeuta u otra persona de confianza acompañe al paciente. Esto último está especialmente recomendado en el caso de los niños, aunque algunos padres no están dispuestos a colaborar porque dicen no querer ver cómo sufre su hijo. Una manera de abordar esto es que los padres puedan observar una sesión de exposición conducida por el terapeuta para comprobar realmente en qué consiste el malestar del niño.
- *El paciente propone ir avanzando en la jerarquía con pasos excesivamente pequeños.* Pauta de actuación: aunque esto puede permitirse al principio del tratamiento si no hay prisa y el paciente está muy atemorizado, el avance será muy lento de seguir así. Por lo tanto, pueden proponérsele pasos que vayan mucho más allá de lo que normalmente se propondrían; de este modo, es muy probable que, por comparación, esté dispuesto a probar situaciones más difíciles que las que él había pensado.
- *El paciente no se atreve a seguir con las tareas de exposición.* Pauta de actuación: revisar la jerarquía, introducir pasos intermedios de menor dificultad y mostrarse firme (pero no autoritario) para continuar al tiempo que se es empático. Otras opciones son preparar la exposición in vivo mediante exposición simulada o imaginal o con el apoyo de la reestructuración cognitiva y acompañar al paciente durante la exposición.
- *El paciente sigue con las tareas de exposición, pero la ansiedad no se reduce.* Pauta de actuación: analizar si sigue las pautas correctas de exposición y explorar el empleo de conductas defensivas, las cuales impiden que ocurra una verdadera exposición a lo que se teme. También se puede acompañar al paciente en alguna exposición para poder

- detectar posibles dificultades. Conviene asimismo indagar posibles fuentes de estrés o perturbación emocional que puedan estar interfiriendo.
- *El paciente afirma que aunque su ansiedad se reduce durante la exposición, sus cogniciones negativas persisten.* Pauta de actuación: informar que lo importante es que la ansiedad se vaya reduciendo, que el cambio de pensamientos suele producirse algo más tarde y que, de no ser así, se examinaría la cuestión más detenidamente y, en caso necesario, se le enseñaría alguna técnica para contrarrestar dichos pensamientos.
- *El paciente abandona una situación al experimentar una gran ansiedad o un ataque de pánico.* Pauta de actuación: analizar si se ha procedido demasiado rápidamente, animar al paciente a volver a intentar la situación o una similar, pero más fácil, y decirle que, si alguna vez vuelve a ocurrirle, se tranquilice y lo más pronto que pueda vuelva a la situación o a una similar, pero más fácil.
- *El paciente no puede tolerar en las situaciones la gran activación fisiológica experimentada.* Pauta de actuación: enseñar técnicas de respiración controlada o relajación aplicada, hacer una jerarquía más graduada.
- *El paciente es acompañado en alguna exposición por una persona significativa, pero se descubre que el comportamiento de ésta no es el adecuado (por ejemplo, le protege o le señala sus síntomas).* Pauta de actuación: suponiendo que se ha tenido un contacto previo con esta persona para acordar cómo puede enfocarse el problema y su tratamiento, se trata de discutir con ella la conveniencia de su forma de comportarse para lograr los cambios oportunos. Si va a seguir colaborando, convendrá seguir manteniendo un contacto con ella para comprobar cómo van las cosas; si no está dispuesta a cambiar o se ve incapaz de cambiar, será necesario buscar otra fuente de colaboración.
- *El paciente está muy insatisfecho de su actuación en una situación de exposición.* Pauta de actuación: analizar en detalle con él la situación, sus metas, su actuación y la de los demás para ver si su juicio es correcto; si lo es, recordarle que el progreso no es lineal y hacerle pensar sobre qué puede hacer la próxima vez.

- *El paciente se encuentra con una clara reacción negativa por parte de una persona en una de las situaciones de exposición y el progreso se detiene a pesar de que el paciente fue preparado para manejar dicho tipo de reacciones en caso de que ocurrieran.* Pauta de actuación: analizar si el comportamiento del paciente contribuyó a la reacción negativa y, si es así, introducir las modificaciones oportunas; discutir si dicha reacción es propia de muchas personas o sólo de una minoría; ensayar respuestas a la reacción; animar a practicar situaciones con otras personas para ver lo que ocurre y poder manejar las posibles reacciones; finalmente, repetir la situación con la persona inicial, si es posible, y practicar cómo responder a la reacción negativa.
- *El paciente, que ya había conseguido manejar una de sus situaciones temidas, informa que vuelve a estar como antes (por ejemplo, ha vuelto a quedar bloqueado al hablar en público y a experimentar una gran ansiedad).* Pauta de actuación: discutir lo que pasó en la situación, incluyendo lo que el paciente hizo y lo que podía haber hecho, revisar que las metas sean realistas (manejar el bloqueo y la ansiedad en vez de no tenerlos), recordar que la ocurrencia de altibajos es algo esperable tal como se comentó previamente, presentar el contratiempo como una oportunidad para aprender, practicar qué se puede hacer cuando ocurren estos contratiempos y enfatizar la necesidad de volver a exponerse al mismo tipo de situación (o comenzar por alguna un poco más fácil) para así recuperar el terreno perdido y aumentar la confianza.
- *El paciente no cumple por lo general con las tareas de auto-exposición, para lo cual ofrece diversas excusas: falta de tiempo, resfriado, mucho trabajo, etc.* Se trata de averiguar en primer lugar cuáles pueden ser las razones para ello:
 - a) Instrucciones poco claras o incomprensión por parte del paciente de la actividad a realizar.
 - b) Mala explicación o falta de entendimiento de los motivos que justifican la actividad.
 - c) Fallos de memoria.
 - d) Excesivas demandas: muchas tareas o muy difíciles o complejas.

- e) Actividades no acordadas, sino asignadas.
- f) Falta de credibilidad en la utilidad de las actividades o de la terapia en general.
- g) Un ambiente que proporciona poco apoyo.
- h) El paciente no está acostumbrado al esfuerzo que representan las actividades entre sesiones.
- i) Existencia de miedos básicos que dificultan el cambio: temor a perder ciertas ganancias secundarias (mayor atención por parte de la familia), miedo a fracasar (con la consiguiente disminución de autoestima), miedo a perder el control sobre sí mismo o temor a asumir la responsabilidad de la propia vida.
- j) Persecución de objetivos distintos de los terapéuticos: descargarse emocionalmente, buscar una amistad, contentar a personas significativas que desean que el paciente cambie, buscar la confirmación de que los propios problemas son irresolubles y liberarse así de toda responsabilidad, etc.
- k) Mala relación con el terapeuta.

Las posibles soluciones son bastante claras en la mayoría de los casos y pueden consultarse en Bados (2000: 94-96).

4.4.3. Reestructuración cognitiva (terapia cognitivo-conductual)

La reestructuración cognitiva se aplica siguiendo la línea de Beck con la finalidad de corregir los errores cognitivos típicos de los fóbicos sociales, dotarles de mayores recursos para afrontar las situaciones temidas y prevenir las recaídas. En el momento presente la evidencia es contradictoria sobre si esta técnica cognitiva potencia o no la eficacia de la exposición en vivo. Tampoco se sabe si es superior o no al entrenamiento autoinstruccional o a la exposición imaginal a las situaciones y consecuencias negativas temidas.

En la reestructuración cognitiva el terapeuta ha de ayudar al paciente a: a) identificar las cogniciones pertinentes (pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre las reacciones de los otros), lo cual puede verse obstaculizado por el miedo a la evaluación negativa; b) comprender el impacto de las cogniciones sobre las

reacciones emocionales y conductuales y considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba; c) cuestionar verbalmente las cogniciones inadecuadas mediante preguntas (método socrático) e información correctiva; d) cuestionar conductualmente las cogniciones inadecuadas mediante pruebas o experimentos; y e) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas.

Una vez que se ha entrenado al paciente en la técnica de la reestructuración cognitiva, se pasa después a su aplicación durante la exposición simulada y las tareas graduadas de autoexposición en vivo; es decir, *reestructuración y exposición deben estar integradas*. En concreto, se elabora una jerarquía graduada de exposición y a partir de aquí hay:

- Una *reestructuración verbal previa a cada situación de exposición* en la que se identifican y cuestionan pensamientos negativos específicos y significativos, y se sustituyen por otros más adaptativos. En la reestructuración llevada a cabo en la consulta, el paciente es ayudado por el terapeuta y, si es el caso, los demás miembros del grupo. Conforme avanzan las sesiones, el papel del terapeuta debe ir disminuyendo. En la reestructuración previa a cada situación, lo importante no es tanto que el paciente quede convencido de que las cosas son de otra manera (esto requiere tiempo y acumulación de evidencias), sino que acepte que *pueden* ser de otra manera y esté dispuesto a comprobarlo. Por lo tanto, el papel de la reestructuración verbal es facilitar la exposición y los experimentos conductuales.
- Una *exposición a la situación considerada en el paso anterior* que sirve para someter a prueba las cogniciones del paciente y que, de hecho, se emplea frecuentemente con este fin explícito (experimento conductual). La exposición puede hacerse primero en la sesión (por ejemplo, con las situaciones más problemáticas) y luego en el medio natural. *Justo antes de esta exposición*, la persona emplea los pensamientos adaptativos previamente identificados que le permitan concentrarse en la tarea, controlar la ansiedad y facilitar una autoimagen más positiva; estos pensamientos pueden llevarse escritos en tarjetas. Si es necesaria una mayor preparación antes de la exposición, el paciente pue-

de llevar a cabo un ensayo encubierto imaginándose la situación temida, identificando sus pensamientos negativos y sustituyéndolos por otros más adaptativos.

- Un *empleo durante la situación de breves pensamientos alternativos, en caso necesario*. Las situaciones sociales no permiten un cuestionamiento detallado de los pensamientos durante las mismas ni el empleo de pensamientos positivos de forma repetitiva; esto interferiría con el desarrollo de la interacción o con la propia actuación y reduciría la atención hacia la información externa que sirve para invalidar los pensamientos negativos.
- Una *evaluación realista tras la situación de lo ocurrido* durante la misma con el fin de introducir los cambios oportunos en caso necesario. En la exposición simulada se revisa en qué medida se ha alcanzado la/s meta/s, la ansiedad experimentada, el empleo del pensamiento alternativo y el posible surgimiento de nuevos pensamientos negativos interferidores. Si es preciso, se repite la exposición. En la autoexposición en vivo esta evaluación la hace el paciente lo más pronto posible y luego se revisa en la siguiente sesión a partir del autorregistro completado en al menos algunas situaciones.

Este *autorregistro* puede incluir: a) fecha y actividad de exposición, b) ansiedad (0-100), c) pensamientos negativos y grado de creencia (0-100) en los mismos, d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos, e) creencia en los pensamientos negativos originales y nivel de ansiedad subsecuente, f) acciones realizadas (incluyendo posibles conductas defensivas), g) reacciones de los otros, y h) grado de satisfacción con la propia actuación (0-100) de acuerdo con la meta propuesta y, si es el caso, acciones a realizar. Este autorregistro puede simplificarse conservando sólo aquellos aspectos más importantes para un paciente en particular.

A continuación se expondrán los distintos pasos de la reestructuración cognitiva.

A) Identificación de cogniciones

La identificación de cogniciones no es simplemente una fase inicial, sino un proceso continuo que se prolonga a lo largo del

tratamiento. Hay que informar al paciente de que muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapan a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos. Es preciso asimismo avisarle de que las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de pensamientos verbales, sino también como imágenes. Es infrecuente que los pacientes informen de imágenes sin que sean preguntados explícitamente al respecto. Las imágenes son importantes porque tienen más impacto que las palabras. Se experimenta más miedo con la imagen de uno siendo ridiculizado que pensando uno mismo verbalmente que va a ser ridiculizado. Además, se confía más en aquello de lo que se tiene imágenes que en recuerdos verbales, sean las imágenes acordadas con la realidad o no.

Los medios más frecuentemente utilizados para identificar cogniciones son las preguntas más o menos retrospectivas del terapeuta y el autorregistro. Con relación al primero, *preguntas* fundamentales que el terapeuta puede emplear a la hora de identificar cogniciones son: "¿qué pasa (ha pasado, pasó) por su cabeza *mientras* está (estaba) ansioso (o cualquier otro estado emocional o experimentación de síntomas)?, ¿le viene a la cabeza alguna imagen?, ¿qué piensa que puede pasar?, ¿qué es lo peor que cree que podría suceder?, ¿qué piensa que podría ocurrir si no hiciera tal cosa (conducta defensiva o de evitación)?" Por lo general, conviene evitar preguntas del tipo "por qué" y emplear en cambio preguntas del tipo "qué" y "cómo". El paciente puede plantearse también en su medio preguntas similares a las mencionadas para identificar sus cogniciones. En cuanto al *autorregistro* continuado a lo largo del tratamiento, hace que el paciente sea más consciente de sus propias cogniciones y del impacto de éstas, y facilita la reestructuración de las mismas. Este método fue ya comentado en el capítulo de evaluación.

Conviene tener en cuenta que los medios menos retrospectivos y que se emplean en situaciones reales permiten identificar más claramente las cogniciones, especialmente las cogniciones *calientes*, aquellas con más carga emocional.

Además, las cogniciones identificadas en las situaciones reales pueden tener un significado muy diferente de las informadas en la tranquilidad de la consulta. Por ello, es aconsejable pedir al paciente que:

- Complete un autorregistro o grabación de los pensamientos tenidos en una situación problemática lo más inmediatamente que le sea posible.
- Piense en voz alta o responda a preguntas sobre las cogniciones tenidas mientras se imagina o se simula una situación perturbadora.
- Identifique los pensamientos que ha tenido en una situación, con la ayuda del visionado en vídeo de la misma. La cinta se para cuando el paciente muestra un cambio emocional y se le pregunta por el contenido de los pensamientos que tuvo en ese momento. Este método es útil cuando el paciente debe distanciarse de un afecto situacional que le desborda y cuando está implicado en situaciones de interacción social que se verían perturbadas por preguntas o autoinformes sobre los pensamientos.

Es importante no sólo identificar las cogniciones de los pacientes, sino también que éstos califiquen el grado en que creen en ellas. El impacto de una cognición no depende sólo de su contenido, sino también, y principalmente, del grado en que se cree en ella. Este grado puede evaluarse en una escala de 0 (no creo en absoluto) a 100 (estoy absolutamente convencido) y es fundamental hacerlo tanto en la consulta como en las situaciones perturbadoras, ya que en estas últimas la creencia en los pensamientos positivos y negativos es menor y mayor respectivamente. Una forma intermedia de calificación es preguntar al paciente por su grado de creencia en los pensamientos *si se encontrara* en la situación perturbadora.

Identificar los supuestos cognitivos es generalmente más difícil que identificar pensamientos concretos. Técnicas para ello son:

- *Identificar temas o contenidos generales* a partir de pensamientos, verbalizaciones y acciones del paciente y resistencias de éste a ciertos comportamientos. Ejemplos son normas perfeccionistas, preocupación por el rechazo de los demás y visión de uno mismo como tonto o aburrido.
- *Técnica de la flecha descendente*. Se trata de identificar la creencia básica que está por debajo de un pensamiento pre-

guntando repetidamente al paciente: "si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para usted?, ¿qué habría de perturbador en ello?". O bien "¿qué pasaría si... (tal cosa fuera así)? (respuesta X); ¿y qué pasaría si X?". Se llega al fondo de la flecha descendente cuando el paciente es incapaz de dar una nueva respuesta: por ejemplo, vuelve a pensamientos ya mencionados antes o repite tres veces la misma respuesta. Ejemplos de empleo de la flecha descendente son los siguientes:

- a) Balbucearé al hablar → La gente lo notará → Pueden reírse de mí → No me tomarán en serio → Pensarán que soy estúpido → Pensaré que soy estúpido. (Supuesto: si balbuceo, la gente pensará que soy estúpido, lo cual significa que lo soy.)
- b) Me pondré roja → Los demás se darán cuenta → Se reirán de mí → Pensarán que soy rara → No querrán saber nada conmigo. (Supuesto: debo evitar ponerme roja si no quiero ser rechazada.)

— Prestar atención a las *memorias informadas* por el paciente de acontecimientos significativos en su infancia con las figuras de apego; por ejemplo, un padre que nunca estaba contento con lo que hacía el paciente a no ser que estuviera al cien por cien bien o una madre que se molestaba mucho con él cuando hacía cosas que no complacían a los otros.

Cuando el terapeuta considera que ha identificado posibles supuestos a partir de los pensamientos y conductas del paciente y una vez que cree llegado el momento de cuestionarlos, puede presentar la diversa evidencia recogida y dejar, con la menor directividad posible, que el paciente llegue a la formulación del supuesto. El terapeuta no debe olvidar que los supuestos que cree haber identificado son simplemente hipótesis. Esto es especialmente importante cuando se requiere una estrategia más directiva y se informa al paciente de uno de sus supuestos. Conviene elegir bien las palabras y el momento, presentar el supuesto como hipótesis y solicitar la opinión del paciente. Si éste no está de acuerdo con la formulación del terapeuta, será necesario analizar la evidencia a favor y en contra de la existencia del supuesto de cara a su acep-

tación, refutación o modificación. Naturalmente, es necesario llegar a un acuerdo sobre los supuestos antes de poder cuestionar verbal y conductualmente su contenido.

B) Justificación de la reestructuración cognitiva

Antes de someter a prueba los pensamientos del paciente, es necesario que éste: a) vea la relación existente entre cogniciones, emociones y conductas, y, especialmente, el impacto que las primeras juegan sobre las otras dos; y b) reconozca que los pensamientos son hipótesis, no hechos, y que, por tanto, necesitan ser comprobados. Para ello, el terapeuta puede utilizar en primer lugar un ejemplo de una situación no relacionada con los problemas del paciente y después algún ejemplo extraído de estos problemas. Estos ejemplos son incompletos, es decir, el terapeuta no los explica enteros, sino que plantea una serie de preguntas al paciente.

Un posible ejemplo para conseguir que el paciente descubra el papel que juegan las cogniciones y la naturaleza hipotética de estas es el de un chico que se ha citado con una nueva conocida que le gusta para ir a tomar algo. Tras media hora de espera piensa: "seguro que no le intereso en absoluto, si no, ya estaría aquí". ¿Cómo se sentiría y actuaría este chico? (triste y abatido, no establecería ningún nuevo contacto con la chica). ¿Existen otras interpretaciones para la tardanza? (la chica se ha puesto mala, ha quedado atrapada en un atasco, ha tenido un accidente, le ha surgido un imprevisto, ha habido un malentendido con el día u hora de la cita). ¿Cómo se sentiría y actuaría el chico si pensara de esta otra forma? (algo decepcionado, pero no abatido, llamaría a la chica para ver qué ha pasado). Así pues, existen diversas formas de interpretar una misma situación y su impacto emocional y conductual son muy diferentes.

Aceptado por parte del paciente el papel que juegan las cogniciones en sus problemas y la naturaleza hipotética de éstas, se le explica esquemáticamente el procedimiento de la reestructuración cognitiva. Si lo desea, el terapeuta puede ilustrar la técnica poniendo un ejemplo de una situación cualquiera de su propia vida (discusión con un hijo, problema de tráfico, agobio en el trabajo) en el que describa lo que pasó, sus emociones, sus pensamientos negativos, la forma en que cuestionó éstos y los resultados logrados.

Otra posibilidad es trabajar conjuntamente con el paciente un ejemplo hipotético como el de un jefe que le dice a un subordinado que tiene un problema con el trabajo que éste hizo ayer y que quiere verle en cinco minutos. Tras identificar posibles reacciones somáticas (malestar abdominal, palpitaciones), afectivas (miedo, ansiedad) y conductuales (quedarse paralizado) a esta situación, se pide al paciente que identifique posibles pensamientos negativos ante la misma (no necesariamente los suyos propios), los cuestione con ayuda del terapeuta, llegue a pensamientos alternativos y enumere las supuestas consecuencias somáticas, afectivas y conductuales de estos nuevos pensamientos.

C) Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas

Para poder reestructurar (verbal o conductualmente) un pensamiento de forma eficaz, es fundamental que este pensamiento sea definido en términos específicos o concretos. Así, por ejemplo, "hablarán mal de mí y no me volverán a dirigir la palabra" contra "quedará mal"; o "me quedará bloqueado y no se me ocurrirá nada que decir" contra "no lo haré bien". Conviene tener en cuenta que dentro de las cogniciones pueden distinguirse dos niveles básicos: los pensamientos automáticos y los esquemas o supuestos; estos últimos tienen una mayor estabilidad y transituacionalidad, y son más resistentes al cambio. Así pues, la estrategia que se sigue es cuestionar los pensamientos automáticos negativos ("no sabré qué decir", "diré algo estúpido") en una primera etapa y posteriormente los supuestos disfuncionales ("si no le gusto a alguien, es que algo malo pasa conmigo", "una persona que se queda en blanco al hablar es vista como incompetente").

Pueden distinguirse de entrada dos estrategias principales a la hora de cuestionar verbalmente un pensamiento:

- *Información directa contraria* a los pensamientos inadecuados del paciente. El terapeuta proporciona, verbalmente y/o por escrito, información de aspectos sobre los que el paciente no tiene ningún conocimiento o información dirigida a corregir ideas erróneas. Así, puede presentar pruebas y contraargumentos, rebatir errores lógicos y eviden-

cias engañosas, y señalar las consecuencias negativas de ciertos comportamientos.

- *Diálogo socrático*. El terapeuta cuestiona los pensamientos del paciente mediante preguntas para que así éste tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta entrena al paciente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos.

La desventaja de la primera estrategia es que las personas pueden resistirse ante los intentos directos de hacerles cambiar su forma de pensar. Este riesgo es menor con la segunda estrategia, aunque, en contrapartida, requiere más tiempo y puede no funcionar con pacientes que prefieren un estilo más persuasivo o directivo (por ejemplo, que el terapeuta les dé información o les sugiera formas de ver las cosas que les serán más útiles). En general, el diálogo socrático es la estrategia preferida, siempre que no haya limitaciones de tiempo y se ajuste al estilo del paciente. Sin embargo, ambas estrategias no son excluyentes.

En el método socrático pueden seguirse los siguientes *pasos*: 1. examinar la evidencia de un pensamiento negativo; 2. examinar la utilidad de dicho pensamiento; 3. suponer que es cierto lo que se piensa y luego: a) identificar qué pasaría y examinar la evidencia de esta nueva cognición, y b) buscar qué se podría hacer para afrontarlo; 4. resumir las conclusiones pertinentes tras el paso o pasos realizados. Cada uno de estos pasos será explicado a continuación, aunque conviene señalar que no todos han de ser aplicados necesariamente para cada pensamiento a reestructurar.

• Examinar la evidencia de un pensamiento negativo

Se trata de examinar a través de preguntas en qué medida es cierto un pensamiento negativo que contribuye significativamente a la emoción o conducta desadaptativa del paciente. En concreto, una buena *pauta a seguir* es la siguiente: a) evaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo; b) obtener y discutir la evidencia favorable a este pensamiento; c) buscar la evidencia contraria al mismo; d) identificar anticipaciones o interpretaciones alternativas; e) buscar la anticipación o interpretación más probable según la evidencia existente a favor y en contra de las distintas alternativas (si se desea, puede establecerse también, en términos

cuantitativos o cualitativos, la probabilidad de que las cosas sean como el paciente pensaba); f) evaluar el grado de creencia en la anticipación o interpretación alternativa seleccionada; y g) evaluar de nuevo el grado de creencia en el pensamiento negativo.

Si la evidencia a favor de un pensamiento indica que éste es cierto, entonces se considera con el paciente qué se puede hacer al respecto (por ejemplo, si un paciente no sabe expresar sus ideas con claridad, habrá que enseñarle). También puede preguntarse al paciente qué pasa o puede pasar cuando ocurre lo que piensa y luego se examina la evidencia de esto para ver hasta qué punto es cierto. Así, una persona que se pone roja al hablar con personas del sexo opuesto, puede pensar que será rechazado por ello. En definitiva, lo que se hace cuando el pensamiento es cierto, es similar a lo que se explica más abajo en detalle cuando se le pide al paciente qué pasaría y qué podría hacer si lo que pensara fuera cierto. La diferencia fundamental es que aquí ya no se habla de algo hipotético y, por tanto, las posibles soluciones identificadas para cambiar la situación son puestas en práctica.

Cuando se examina hasta qué punto es cierto un pensamiento, conviene tener en cuenta los *errores cognitivos* más frecuentes que suelen cometerse (inferencia arbitraria, sobregeneralización, personalización, etc.). Algunos clínicos, antes de pasar a cuestionar los pensamientos negativos, hacen que el paciente aprenda cuáles son dichos errores y sepa identificar aquellos que están presentes en sus pensamientos automáticos o en los de otros; después, en las actividades entre sesiones el paciente debe identificar los errores presentes en sus pensamientos antes de generar pensamientos alternativos. Se supone que este enfoque facilita la refutación de los pensamientos negativos. Otros clínicos pasan directamente al cuestionamiento de dichos pensamientos y omiten el paso citado, aunque, naturalmente, durante la reestructuración pueden hacer preguntas que hagan ver al paciente el tipo de errores que está cometiendo. No hay evidencia hasta el momento sobre la posible eficacia diferencial de estos dos abordajes.

Modelos de preguntas que pueden utilizarse para evaluar la evidencia de los pensamientos y para los otros pasos del método socrático pueden verse en el cuadro 4.7. Naturalmente, estas preguntas no son exhaustivas. Además, no tienen por qué ser necesariamente las preguntas concretas a realizar, sino que deben adaptarse en función de la situación considerada y del paciente.

Cuadro 4.7. Reestructuración verbal: preguntas guía

— Preguntas para examinar la evidencia de un pensamiento

- ¿Qué evidencia existe a favor de este pensamiento?
- ¿Qué evidencia existe en contra de este pensamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Está sobrestimando la probabilidad de que ocurra lo que piensa?
- ¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué evidencia hay a favor y en contra?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?
- ¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables?
- ¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreatendiendo a hechos no pertinentes?
- ¿Está pensando en términos de todo o nada?
- ¿Está pensando en términos de certeza en vez de probabilidad?
- ¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?
- ¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted acerca de este pensamiento?
- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para hacerle ver que no es correcto?

— Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento

- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
- ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?
- ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?
- ¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree? ¿Se ven las ventajas sobrepasadas por las desventajas?

Cuadro 4.7. continuación

- Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto
 - ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? (Identificada la nueva cognición, se emplean preguntas para examinar la evidencia.)
 - ¿Qué es lo peor que podría suceder si las cosas fueran realmente como piensa?
 - Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿hasta qué punto sería malo?, ¿sería tan malo como parece?
 - ¿Sería algo realmente grave o un contratiempo?
 - ¿Cómo serán (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo ¿durará (duraría) siempre?
- Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto*
 - Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?, ¿cómo podría hacer frente a la situación?
 - ¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarle a afrontar la situación?
 - Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarle a afrontar la situación?

Ejemplos de preguntas que pueden emplearse con una persona que piensa que quedará en ridículo (la gente se mofará de él, al menos internamente) si se bloquea o queda en blanco al hablar en público son: ¿Ha tenido experiencias en que se haya bloqueado y haya quedado en ridículo? ¿Cómo sabe que ha hecho el ridículo? ¿Ha visto a gente bloquearse y quedar en ridículo por esto? ¿Ha habido veces en que usted u otras personas se hayan bloqueado y no hayan hecho el ridículo? Cuando alguien se bloquea, ¿usted u otras personas se mofan de él? Si no se mofan, ¿cómo reaccionan? ¿Basta un bloqueo para quedar en ridículo? Si no, ¿qué más hace falta? Podría abordarse también la siguiente cuestión: Para que la gente reaccione, necesita darse cuenta del bloqueo, ¿se da cuenta la gente de todos los bloqueos? ¿Que usted se dé cuenta quiere decir que los otros también se percaten?

Entre las preguntas enumeradas hay dos correspondientes a la estrategia de *pedir al paciente que se ponga en el lugar de los otros*. Esto es especialmente útil en la fobia social, ya que los pacientes

reconocen que no reaccionarían negativamente si a los demás les ocurriera lo que a ellos les preocupa (como ponerse rojos o cometer una equivocación) o hacen lo que ellos temen hacer (expresar una opinión controvertida); esto les puede ayudar a ver que los demás tampoco reaccionarán negativamente. Sin embargo, algunos pacientes creen que otros les evaluarán negativamente a pesar de que ellos no juzgarían igual a otra persona por la misma acción. Conviene preguntar entonces al paciente si este comportamiento más crítico de los otros es hacia todas las personas o sólo hacia él. A partir de aquí, en el primer caso se puede analizar con el paciente la evidencia que justifique el que los demás sean menos considerados que él y pedirle que pregunte a los demás cómo ven las acciones de los otros para que compruebe que estos puntos de vista no difieren tanto de los suyos. En el segundo caso, se puede analizar la evidencia de que los demás son más críticos con él que con las otras personas y llevar a cabo alguna prueba para ver si las cosas son realmente así.

• *Examinar la utilidad de un pensamiento negativo*

Se trata de evaluar hasta qué punto el pensamiento considerado sirve de ayuda para alcanzar los objetivos que el paciente tiene o bien le sirve de estorbo y genera consecuencias negativas. En el caso de una persona que cree que los demás pensarán que es raro si le ven temblar y ponerse rojo, puede pedírsele que considere si pensar así le es útil o no, si de hecho puede estar interfiriendo en su actuación (mucho más que el temblar o el ponerse rojo) y si no le resultaría más conveniente centrarse en la tarea. Naturalmente, el pensamiento sería abordado primero a nivel de su validez: ¿Es cierto que los demás le ven temblar y ponerse rojo? Si es así, ¿cómo sabe usted que pensarán que es raro? ¿Qué otras cosas pueden pensar? ¿Cuál es la más probable?

• *Examinar qué pasaría realmente y qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto*

Es posible que a través de los pasos anteriores haya quedado más o menos claro que la anticipación o interpretación considerada es poco probable y útil. Por ejemplo, un paciente puede tener un gran miedo a quedarse en blanco durante una charla a pesar de reconocer que no le ha pasado nunca. Sin embargo, existe por una

parte la posibilidad de que ocurra y, por otra, bajo cada pensamiento negativo subyace muchas veces otro u otros más básicos que están supuestamente más conectados con los problemas del paciente (recuérdese la técnica de la flecha descendente). Por lo tanto, es una buena idea pedir al paciente que suponga que el pensamiento negativo es cierto y que a partir de aquí:

- *Identifique qué pasaría y examine la evidencia de esta nueva cognición.* Así, puede pensar que si se queda en blanco, la gente se reirá de él y pensará que es un incompetente. Los mismos pasos mencionados en el apartado de examinar la evidencia serían luego aplicados aquí para evaluar el nuevo pensamiento identificado. Cuando sea necesario, conviene señalar y justificar al paciente la conveniencia de ser sincero respecto a lo que cree que pasaría, por ilógico o ridículo que le parezca en ese momento.
- *Busque qué podría hacer o qué soluciones tendría para afrontar lo que piensa.* Así, un paciente con miedo a quedarse bloqueado al hablar en público podría pensar en posibles estrategias a emplear si eso sucediera (véase el cuadro 5.3). Incluso en casos como éste, puede ser aconsejable que la identificación de posibles soluciones preceda a la identificación y análisis de lo que pasaría si uno quedara bloqueado, ya que el sentir que se cuenta con recursos, disminuye la catastrofización.

Una vez reestructurada la nueva cognición, se repite el proceso de suponer que es cierta hasta que el paciente es incapaz de identificar un nuevo pensamiento perturbador, no cree en el nuevo pensamiento negativo identificado o genera una nueva cognición neutral o de afrontamiento creíble, o hasta que el terapeuta lo considere oportuno (véase más abajo la tercera precaución sobre el empleo de la desdramatización). Las preguntas terminarán por ir dirigidas a la discusión de los peores miedos: ser rechazado por todo el mundo, ser visto como incompetente, etc. Esto es lo que se conoce como *desdramatización* (*descatastrofización*): imaginar que lo peor que se teme es cierto, analizar cuán malo sería realmente y, según los casos, cuánto duraría, y ver qué se podría hacer. De hecho hay clínicos que tras pedir al paciente que suponga que lo que piensa es cierto, le soli-

citan que identifique no simplemente lo que pasaría entonces, sino lo peor que podría pasar según él.

Conviene señalar varias cosas respecto a la desdramatización. Primero, no se trata de ver un evento negativo como poco importante o neutral (por ejemplo, es perturbador para la mayoría de la gente perder un amigo), sino de evaluar críticamente su impacto real. Segundo, como la desdramatización es una inundación cognitiva, hay que dedicarle el tiempo suficiente para que el paciente pueda procesar la información y experimentar alguna reducción de ansiedad; en caso contrario, puede ser perjudicial (una alternativa a la desdramatización verbal es la imaginación prolongada de las peores cosas temidas). Tercero, puede que la desdramatización no sea siempre apropiada. No es lo mismo pensar “no le gusto a él/ella” que “no le gusto a nadie”. En este último caso es mejor centrarse sólo en la validez de las interpretaciones hechas y en la búsqueda de soluciones para lograr cambios deseados en vez de plantear si es tan malo no gustarle a nadie.

El paso de suponer que lo que se piensa podría ser cierto, no tiene por qué ser introducido en la misma sesión que los anteriores. Los pacientes que tengan dificultad para cuestionar la evidencia de su pensamiento inicial necesitarán trabajar más en ello, tanto en las sesiones como en casa, antes de pasar a cuestionar las derivaciones de dicho pensamiento. Asimismo, el identificar lo que pasaría si lo que se piensa fuera cierto llevará tarde o temprano a la identificación y cuestionamiento de las creencias básicas o supuestos (véase más abajo el apartado correspondiente).

Preguntas correspondientes a este apartado que pueden emplearse con una persona que piensa que un amigo no querrá verle más si no le presta cierta cantidad importante de dinero son: “Suponiendo que esto fuera verdad y su amigo no se contentara con las explicaciones que usted le diera, ¿piensa que ésta es la reacción de un verdadero amigo? ¿Merecería la pena seguir contando con esa amistad? ¿No es una amistad algo interesada? ¿Perder esa amistad significa que su vida está acabada? ¿No tiene otros amigos? Si no los tiene, ¿qué puede hacer para conseguirlos?”.

• Extraer las conclusiones pertinentes

Tras la reestructuración de un pensamiento, el paciente debe extraer una conclusión que implique una forma alternativa (más

adaptativa) de enfocar la situación. En los cuadros 4.8 y 4.9 pueden verse reestructuraciones concretas conducidas por el terapeuta. A continuación se presentan también ejemplos de pensamientos reestructurados por dos pacientes junto con una síntesis de los mismos que resume su significado y es más fácil de utilizar en las situaciones reales.

- a) *Pensamiento inicial*: "La gente pensará que lo que voy a decir no es muy interesante".

Reestructuración: "Bien, no sé por qué la gente va a pensar eso. En realidad, me he preparado bien esta charla pensando en el público y en estas condiciones la mayor parte de la gente reacciona de un modo favorable o neutral. Incluso si hay gente que responde negativamente, puedo pensar si esa respuesta está justificada o no. Que alguien responda negativamente no quiere decir necesariamente que yo haya hecho algo mal. Si su respuesta no está justificada, ¡qué se le va a hacer! Uno no puede contentar a todo el mundo ni todos tenemos las mismas opiniones. Si está justificada, desde luego me sentiré molesto, pero me servirá para ver qué aspectos me es conveniente cambiar para la próxima ocasión. Todos cometemos errores; haberme equivocado en algo no me hace estúpido, al revés, es de sabios aprender de los propios errores".

Síntesis: "Me he preparado bien, así que lo más probable es que la charla resulte interesante. Y si me equivoco en algo, me sentiré molesto, pero me servirá para aprender".

- b) *Pensamiento inicial*: "El corazón se me va a poner a mil como siempre [pensamiento correcto en este caso] y no lo voy a poder soportar".

Reestructuración: "Inquietándome por esto no va a impedir que suceda, incluso va a agravarlo. En vez de preocuparme, puedo pensar en cómo solucionar las cosas. Por ejemplo, puedo dejar de pensar en ello, puedo aceptarlo y esperar que se vaya reduciendo como normalmente sucede, y puedo concentrarme en pensamientos más adaptativos tales como ver de qué forma voy a comenzar mi charla. Además, incluso si las primeras veces no consigo mucho, es comprensible. Claro que me sentiré algo molesto, pero estas cosas no se logran en un día; se requiere práctica repetida".

Cuadro 4.8. Ejemplo de reestructuración cognitiva

Antes de la exposición simulada a la situación de concertar una cita con un hombre, Katy informó, entre otros, del siguiente pensamiento: "Si él acepta la cita, no significa que quiera salir (ese día) conmigo".

- T: ¿Por qué diría alguien que sí, si no quisiera salir contigo?
 P: No sé. Quizás siente pena por mí o algo así.
 T: Así que él puede sentir pena por ti y estar de acuerdo en salir. ¿Alguna otra razón por la que él pueda decir que sí y no querer decir que sí?
 P: No sé. No he pensado realmente nunca sobre esto.
 T: ¿Qué piensa el resto del grupo? ¿Algunas ideas de por qué un chico aceptaría una cita que no desea?
 P4: No en esta clase de situación. Es fácil para él escapar de ella. Incluso si no dice nada en el momento de la petición, puede cancelar la cita más tarde. Creo que si realmente va, él quiere ir.
 T: ¿Qué piensas sobre esto, Katy?
 P: No sé. Quizás.
 T: No pareces convencida. ¿Qué evidencia puedes tener de que alguien pueda decir sí cuando no quiere?
 P: No sé. Pienso que puedo sólo saberlo.
 T: Ummm, ¿parece que pudiera haber aquí un error cognitivo? ¿Qué piensa el grupo?
 P3: Parece lectura de la mente. Ella está conjeturando lo que él está pensando.
 T: ¿Piensas que es así, Katy?
 P: Sí, realmente no tengo ninguna evidencia.
 T: Así, si intentas leer su mente, ¿concluyes que él no quiere salir contigo?
 P: Sí.
 T: ¿Qué conclusión sacas si sólo consideras lo que puedes ver y oír, lo que él dice y hace?
 P: Bien, él está diciendo que sí y puede realmente salir conmigo.
 T: Así, cuando lees su mente, él no quiere salir contigo; pero si miras sus palabras y acciones, él quiere. ¿Qué merece más confianza? Si estuvieras jugando y tuvieras que poner tu dinero en una de estas dos cosas, ¿a cuál tendría más sentido apostar?
 P: A que si él dice sí, él quiere salir conmigo.
 T: Así, ¿a qué conclusión tiene sentido apostar tu vida de citas?
 P: A la misma. Él probablemente no diría sí, si no quisiera salir conmigo.
 T: Ésta parece una respuesta racional excelente. ¿Quieres usarla? (en la exposición simulada subsecuente).

Nota. Tomado de Hope y Heimberg (1993: 128).

T = terapeuta, P = paciente, P3 y P4 = otros miembros del grupo.

Cuadro 4.9. Ejemplo de reestructuración cognitiva

- T: Cuando dice que puede actuar tontamente, ¿qué quiere decir exactamente?
- P: La gente pensará que soy tonto.
- T: ¿Qué hará que la gente piense esto?
- P: Haré algo tonto y atraeré la atención sobre mí.
- T: ¿Qué hará?
- P: No acertaré con las palabras y no sabré qué decir.
- T: ¿Así que su pensamiento negativo es que no acertará con las palabras y que la gente pensará que es tonto?
- P: Sí. No quiero que la gente piense eso.
- T: ¿Tiene evidencia de que sucederá?
- P: Me ha sucedido antes cuando he estado ansioso en las situaciones. No sé qué decir y mi mente se queda en blanco.
- T: Es cierto que su mente se queda en blanco a veces, pero ¿qué le hace pensar que la gente piensa que es tonto?
- P: Bien, no lo sé seguro.
- T: ¿Cómo reaccionaría la gente hacia usted si pensarán que es tonto?
- P: Supongo que no me hablarían y que me ridiculizarían.
- T: ¿Hay alguna evidencia de que la gente le haga esto?
- P: No. Alguna gente puede, pero la gente no hace generalmente esto.
- T: Así que parece como si hubiera alguna contraevidencia, alguna evidencia de que la gente no piensa que usted es tonto.
- P: Sí, supongo que sí cuando lo miras de este modo.
- T: ¿Cuál es la evidencia de que la gente no piensa que usted es tonto?
- P: Tengo un par de buenos amigos y me llevo bien con la gente en el trabajo.
- T: ¿Qué quiere decir con llevarse bien con la gente en el trabajo?
- P: Algunas personas me piden consejo sobre cosas en las que están trabajando.
- T: ¿Es esto evidencia de que piensan que es tonto?
- P: No, justo lo contrario.
- T: Parece que a veces tiene dificultades para saber qué decir cuando está ansioso, pero parece que la gente no piensa que usted es tonto. Si la gente no piensa que usted es tonto, ¿qué otra cosa puede pensar?
- P: Bien, probablemente ni se darán cuenta de que estoy callado.
- T: Incluso si se dan cuenta, ¿qué pueden pensar?
- P: Pueden pensar que simplemente estoy callado o pensativo o algo.
- T: Pensando en ello ahora, ¿en qué medida cree que la gente pensará que es tonto?

Nota. Tomado de Wells (1997: 69-70).

T = terapeuta, C = paciente.

Síntesis: “Pensar en esto no me es de ayuda, lo mejor es concentrarme en cómo voy a empezar”.

Recapitulando las distintas estrategias del método socrático, puede decirse que una reestructuración verbal puede resumirse en unos pocos aspectos clave: *a)* ¿Cuál es la probabilidad de que las cosas son como piensa? (considerar la evidencia a favor y en contra); *¿existe una interpretación alternativa más probable?* *b)* ¿Le resulta útil pensar así? *c)* Si las cosas fueran como piensa, ¿qué podría pasar?, ¿cuán probable sería?, ¿qué podría hacer? O bien, si se imagina lo peor, ¿cuán probable es?, ¿qué otras alternativas existen?, ¿qué podría hacer si lo peor ocurriera?

• *Otros aspectos básicos a considerar en el cuestionamiento verbal*

Conviene no comenzar reestructurando pensamientos con los que el paciente esté muy implicado; al contrario, es mejor jerarquizar las situaciones emocionalmente activadoras y empezar por las cogniciones correspondientes a aquellas que susciten como máximo un nivel moderado de emoción.

No deben cuestionarse todos los pensamientos negativos de un paciente, sino sólo aquellos que contribuyen significativamente a su malestar emocional o conductas problemáticas. Así, los *pensamientos importantes* no son los que tienen que ver con el escape o evitación de las situaciones temidas (“tengo que salir de aquí”), sino los relativos a temas de peligro (“no querrán saber nada de mí”). Un fóbico social puede pensar “no sabré expresarme bien”, “los demás se darán cuenta”, “se reirán de mí”. En este caso, se comenzaría abordando los pensamientos automáticos iniciales para pasar posteriormente al pensamiento final de la cadena, que es el que expresa la consecuencia más temida. Es fundamental no limitarse a las predicciones sobre la ocurrencia de síntomas de ansiedad (por ejemplo, “me pondré rojo”); hay que incluir las consecuencias, significados o implicaciones de experimentar estos síntomas.

Al evaluar un pensamiento negativo, es normal que surjan otros. Si sirven para defender el pensamiento original, se pasará también a cuestionarlos. Sin embargo, no hay que perder de vista la predicción o interpretación de partida y habrá que volver a ella para ver si el paciente es capaz de reestructurarla. En el caso de

que los nuevos pensamientos no estén directamente relacionados con el inicial, pero sean importantes, convendrá anotarlos para discutirlos en sesiones posteriores.

En las *terapias de tiempo limitado* no pueden abordarse todos los pensamientos significativos asociados a una situación en la reestructuración cognitiva previa a la exposición simulada. Por ello, algunos autores recomiendan seleccionar sólo unos pocos (por ejemplo, 1-2 en una situación de grupo) que impliquen errores cognitivos, que estén relacionados significativamente con la ansiedad experimentada en la situación y que puedan ser cuestionados en el tiempo disponible. Por ejemplo, en el caso de un fóbico social que informa de los pensamientos "no sabré qué decir", "la conversación acabará" y "pensaré que soy tonto/a", se seleccionaría el primer pensamiento, el cual es el primer eslabón de la cadena que parecen formar todos ellos y que, de ser cierto, no produciría una impresión favorable en los demás.

No hay que acorralar a los pacientes con las preguntas. Hay que evitar que se sienta interrogado, atacado o avasallado. No se trata de inducir al paciente a abandonar rápidamente las explicaciones de que dispone y a adoptar otras que el terapeuta considera más adecuadas. Para conseguir un convencimiento eficaz, es el propio paciente quien debe hacer este proceso a su propio ritmo. En este sentido, también hay que evitar el persistir en preguntas o argumentos que son convincentes para el terapeuta, pero no para el paciente.

Como se dijo antes, conviene que el paciente *sintetice la reestructuración* realizada en uno o más pensamientos alternativos breves que sean fáciles de recordar y de usar en las situaciones reales. Es útil apuntar estos pensamientos en una pizarra o un papel para centrar una atención que puede estar limitada por la ansiedad y para favorecer el recuerdo. El paciente debe valorar el grado de creencia en el pensamiento alternativo y en el pensamiento original. Conviene tener en cuenta que muchas veces el cambio de pensamientos de manera que resulten creíbles es algo gradual, aunque en alguna ocasión puede ser súbito. Este cambio se ve facilitado por la consideración continuada y por la repetición de los nuevos pensamientos, por la reestructuración de otros pensamientos negativos relacionados y, especialmente, por el sometimiento a prueba de las cogniciones negativas.

Una reestructuración aparentemente válida de un pensamiento negativo conducirá a una reducción de la creencia en este último

y a una disminución del malestar emocional. Si esto no es así, lo más probable es que el paciente tenga reservas sobre la reestructuración, las cuales habrá que cuestionar igual que se ha hecho con los pensamientos negativos.

Una vez alcanzado un cierto dominio de la reestructuración cognitiva, el terapeuta puede emplear la *técnica del punto-contrapunto*, previo acuerdo con el paciente. El terapeuta comienza expresando en primera persona ("no querrá saber nada más de mí si le digo esto") un pensamiento negativo significativo del paciente y éste debe buscar argumentos para refutarlo, a lo cual el terapeuta responde con nuevas ideas. Si en un momento determinado el paciente tiene dificultades para seguir, se pueden invertir los papeles y entonces es el terapeuta el que continúa desafiando los pensamientos negativos.

En ocasiones la reestructuración puede ser más eficaz si en vez de proceder sólo verbalmente entre terapeuta y paciente, éste la dramatiza en un momento dado a través de una adaptación de la técnica de la silla vacía. Por ejemplo, el paciente puede defender ciertos pensamientos desadaptativos mientras se sienta en una silla y pasar a desafiarlos cuando cambia a la otra silla. La ventaja de la *reestructuración dramatizada* es que hay una mayor movilización del afecto.

El cuestionamiento verbal de los pensamientos durante las sesiones se complementa con el cuestionamiento conductual paralelo (véase el punto siguiente) y con *actividades entre sesiones* tendientes a facilitar y mantener el cambio cognitivo y conductual (véase el cuadro 4.10). Para aquellas actividades que implican la realización de reestructuraciones, hay que proporcionar al paciente una selección de preguntas que puede utilizar como guías; naturalmente, el paciente puede emplear otras preguntas más específicas para la situación considerada. También puede darse por escrito un ejemplo de un pensamiento reestructurado mediante el empleo de dichas preguntas.

D) Cuestionamiento conductual de las cogniciones desadaptativas

El cuestionamiento verbal es un paso preliminar que pone en tela de juicio ciertas cogniciones y facilita la realización del cuestionamiento conductual de las mismas. Este último es mucho más impor-

tante de cara a la consecución de cambios significativos. Este *cuestionamiento conductual corre paralelo al cuestionamiento verbal* y debe introducirse lo más pronto posible en el tratamiento. Las conclusiones extraídas del cuestionamiento conductual pueden requerir nuevo cuestionamiento verbal y nuevos experimentos.

Cuadro 4.10. Ejemplos de actividades entre sesiones en la reestructuración cognitiva

- Escuchar en casa la grabación de las reestructuraciones realizadas en la consulta. Esto es muy útil para combatir problemas de atención y memoria y para facilitar la comprensión de ciertas cosas por parte del paciente al volver a escuchar la sesión en unas condiciones diferentes.
- Reestructurar por escrito o mediante grabación en cinta diversos pensamientos, primero los trabajados en la sesión y, posteriormente, también otros. Aunque un paciente no escriba la reestructuración completa con las preguntas utilizadas, sí que es conveniente que escriba las conclusiones a las que ha llegado. Por otra parte, conforme el paciente va adquiriendo habilidades de reestructuración, llega a ser capaz de automatizar el proceso y de responder directamente con pensamientos alternativos a sus pensamientos negativos sin utilizar las preguntas de cuestionamiento de estos últimos.
- Repetición o consideración varias veces al día de los nuevos pensamientos, aquellos que han venido a sustituir a los negativos. Por ejemplo, un paciente poco asertivo puede leer en una tarjeta o recordarse afirmaciones tales como "si le digo no a alguien y se enfada, no significa que debiera haberle dicho que sí", "puedo defender mis derechos, aunque cause inconvenientes a otros".
- Imaginarse en una situación perturbadora y reestructurar los pensamientos tenidos. Este ensayo cognitivo puede hacerse como práctica de reestructuración (sin exposición inmediatamente posterior a la situación temida) o como preparación justo antes de exponerse a la situación perturbadora.
- Reestructurar los pensamientos negativos en situaciones perturbadoras reales. Pueden emplearse situaciones que ocurran naturalmente y situaciones de una jerarquía de exposición. Esta tarea es esencial ya que, al igual que la relajación, de poco sirve saber reestructurar en condiciones de tranquilidad —aunque éste es un importante paso previo— si no se sabe hacerlo en las situaciones problemáticas.
- Ayudar a otra persona a reestructurar sus pensamientos acerca de ciertas situaciones, lo cual facilita que el paciente haga lo propio consigo mismo.
- Lectura de libros y artículos adecuados a los problemas del paciente.

En el cuestionamiento conductual terapeuta y paciente generan predicciones específicas a partir de los pensamientos negativos y diseñan experiencias para comprobar si tales predicciones se cumplen o no. Es decir, a través de tareas o experimentos conductuales, y siguiendo por lo general un enfoque gradual, se somete a prueba la validez de los pensamientos. Un experimento puede consistir en hacer o dejar de hacer algo, observar el comportamiento de otros o preguntar a otra gente acerca de lo que piensan, sienten o hacen. Varios son los *pasos* a la hora de diseñar y llevar a cabo un experimento conductual:

- Identificar una o más cogniciones claves que vayan a ser cuestionadas en el experimento.
- Operacionalizar tales cogniciones en términos observables y concretos. Es decir, hacer una *predicción específica* que pueda someterse a prueba: "si le digo a mi amigo lo que pienso sobre esto, nunca más hablará conmigo". Predicciones como "haré el tonto" pueden significar diversas cosas y necesitan ser operacionalizadas. Por otra parte, muchas predicciones requerirán también especificar la gravedad o intensidad de las consecuencias predichas.
- Obtener el grado en que el paciente *cree* en la predicción. Suele usarse una escala de 0 a 100.
- Revisar la evidencia existente a favor y en contra de la predicción. Esto es realmente una forma de cuestionamiento verbal que es útil para proporcionar ideas sobre las variables a manipular en el experimento, reducir la creencia en la predicción y facilitar la realización del experimento.
- Diseñar un experimento específico para comprobar la validez de la predicción. Es importante aquí tener claras las variables y conductas que contribuyen a mantener la predicción (por ejemplo, evitación o conductas defensivas) y lo que el paciente hará (o dejará de hacer) y cómo lo hará.
- Justificar al paciente la necesidad de llevar a cabo el experimento (cuál es el objetivo de éste) y acordar con él en qué consistirá exactamente el experimento.
- Llevar a cabo el experimento, tomar nota de los resultados y discutirlos. Si la predicción no se cumple, esto suele ayudar al paciente a darse cuenta de la invalidez del pensamiento o a plantearse la validez del mismo, aunque tam-

bién puede tener explicaciones alternativas que le ayuden a mantener sus creencias (por ejemplo, que una sola prueba es insuficiente). Por tanto, hay que volver a preguntar al paciente por su grado de creencia en la predicción; una disminución es indicativa de la eficacia del procedimiento mientras que un mantenimiento requiere explorar las razones para el mismo. Para lograr reducir en la medida suficiente el grado de creencia e invalidar la predicción, un experimento puede tener que ser repetido varias veces en su forma original o con modificaciones o bien realizar nuevos experimentos.

Si la predicción resulta correcta —lo cual requiere basarse en datos concretos y no en posibles malinterpretaciones por parte del paciente—, esto constituye también una información útil. Hay que analizar si el comportamiento y los pensamientos del paciente contribuyeron a los resultados y si la situación puede manejarse de modo diferente la próxima vez. Si una situación no puede cambiarse, habrá que trabajar sobre la forma de pensar en ella, de modo que sea vivida de forma diferente. Conviene recalcar que la finalidad de un experimento conductual no es que el paciente compruebe que las cosas no son como él piensa, sino someter a prueba una predicción de modo que haya algo que pueda ser aprendido, ya sea que la predicción resulte refutada o no. De este modo, un experimento conductual puede indicar que determinado pensamiento del paciente es correcto.

- *Extraer conclusiones* a partir de los resultados. Se trata primero de *formular una regla* que resuma lo que ha sido aprendido. Por ejemplo: “Mi amigo se enfadó, aunque ni mucho menos lo que yo esperaba. Además, probablemente hubiera reaccionado mejor si yo hubiera elegido mejor mis palabras. Lo que está claro es que la gente no reacciona muchas veces tan mal como espero”. En segundo lugar, hay que *actuar en correspondencia* con lo aprendido: si mi amigo no se enfada cuando le digo las cosas bien, entonces se las digo en vez de callarme.

Los experimentos deben permitir por una parte someter a prueba si en realidad uno actúa tal como piensa o muestra los síntomas que cree. Por otra parte, de cara a abordar el miedo a la evalua-

ción negativa y sus consecuencias, los experimentos deben permitir evaluar las reacciones y pensamientos de los otros. Existen *varias maneras para evaluar lo que piensan los otros*:

- *Predecir comportamientos específicos que los otros mostrarán en caso de que piensen algo* y observar si ocurren; por ejemplo, si alguien piensa que una persona es aburrida, tenderá a hablar menos con ella o la mirará menos que a otras cuando habla con ella.
- *Hacer ciertas preguntas a los otros para establecer si notaron ciertos síntomas y comportamientos* (“me parece que me temblaba mucho la voz al hablar, ¿cómo lo viste tú?”) y, en caso afirmativo, qué pensaron al respecto. Esta segunda manera es más directa y amenazante y puede ser descartada más fácilmente por los pacientes. Además, éstos pueden no creer lo que los demás les dicen si piensan que intentan ser benevolentes, compasivos o quedar bien.
- *Preguntar a los demás qué piensan sobre ciertos comportamientos en general* (como el que alguien se ponga rojo); esta encuesta puede ser llevada a cabo por el paciente y por otras personas como amigos, pareja, terapeuta, etc. A diferencia de la anterior, ésta es una manera indirecta, ya que no pregunta sobre comportamientos del propio paciente.

Una vez establecidos los modos en que se evaluarán el propio comportamiento y las reacciones y pensamientos de los otros, la persona puede abordar situaciones antes evitadas, mostrar signos de ansiedad, cometer “fallos” (pausas en la conversación, equivocaciones, etc.) o comportarse de forma “inaceptable” (probarse varias prendas y no comprar ninguna, dar de menos al pagar, dejar caer “accidentalmente” un objeto, mostrar claro desacuerdo con lo dicho por otros, presentarse despeinado a una reunión de amigos, etc.).

Conviene que el paciente complete un *autorregistro* en el que consten: a) fecha y situación, b) predicción (consecuencias específicas anticipadas, gravedad o intensidad de las mismas, grado de creencia en la predicción), c) experimento (qué se hizo para someter a prueba la predicción, posibles conductas defensivas empleadas), d) resultados (consecuencias que ocurrieron realmente, gravedad o intensidad de las mismas, medida en que se cumplió la

predicción), y e) conclusión (qué se ha aprendido y grado de creencia en ello, grado de creencia en la predicción original).

Los experimentos conductuales implican exposición, pero ésta difiere de la exposición estándar tanto en la explicación que se da al paciente como en la forma de llevarla a cabo; la finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca, sino que el paciente pueda someter a prueba determinadas predicciones. Por lo tanto, la frecuencia, duración o graduación de la exposición no son tan importantes como el que se activen los miedos del paciente y éste pueda comprobar a través de sus acciones o falta de ciertas conductas si sus creencias son ciertas o no. De todos modos, el que los experimentos conductuales se combinen con las características de una exposición estándar puede ser defendido desde dos frentes. En primer lugar, la exposición repetida o prolongada puede ser el mejor medio la mayoría de las veces para invalidar creencias. En segundo lugar, desde una perspectiva más amplia, puede argüirse que un tratamiento eficaz requiere no solamente la invalidación de creencias, sino también aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones.

Los experimentos conductuales pueden llevarse a cabo en el medio natural y en la consulta. Al igual que se dijo en el apartado de la exposición simulada, es fundamental *grabar en vídeo* ya en la fase inicial del tratamiento alguna o algunas de las exposiciones simuladas para que el paciente, una vez que operacionalice el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará, pueda ver las grabaciones junto con el terapeuta y comprobar cuán distorsionada es la imagen que tiene de sí mismo. (Si en algún caso, la imagen real fuera negativa, habría que analizar si se debe a un déficit de habilidades o a que el paciente está centrado en sus sensaciones y pensamientos negativos o presenta conductas defensivas; después se actúa en consecuencia.)

Una vez que el paciente ha establecido una autoimagen más precisa, se le pide que la recuerde cuando la impresión distorsionada le asalte. También puede emplear autoinstrucciones del tipo: "es muchísimo más lo que siento que lo que se ve", "siento mucho calor en la cara, pero el rubor que los demás ven es mínimo", "me siento supernervioso, pero no se nota en absoluto", "a veces me bloqueo un poco, pero los demás o no se dan cuenta o no le dan importancia".

Un posible experimento para una persona que subvalora su actuación en situaciones sociales es el siguiente. Tras haber anotado sus predicciones específicas sobre lo que ocurrirá y su grado de creencia en ello, se le graba durante la situación simulada y después se le pide que valore en escalas tipo Likert diversos aspectos específicos y la globalidad de su actuación, el grado en que se han cumplido sus expectativas y la medida en que sigue creyendo en sus predicciones. Luego, se le hace ver la cinta y volver a hacer las valoraciones a partir de lo visto en el vídeo; las valoraciones de su actuación tienden a ser más elevadas. Otra forma complementaria o alternativa (aunque probablemente menos eficaz) es obtener valoraciones de los mismos aspectos de la actuación por parte de otros que observan o participan y comparar estas valoraciones con las hechas por el paciente. En ambos casos, las valoraciones pueden ser cualitativas además de cuantitativas. Otros ejemplos de experimentos conductuales pueden verse en el cuadro 4.11.

Aunque los pacientes suelen llevar a cabo los experimentos, a veces se dan *problemas de incumplimiento* debido principalmente a dos razones: incompreensión de la razón para realizar el experimento (hay que explicarla entonces más claramente) o miedo a que ocurran las consecuencias predichas. En este último caso, el

Cuadro 4.11. Posibles ejemplos de experimentos conductuales en el tratamiento de la fobia social

- Persona que cree que la gran ansiedad que experimenta internamente al hablar en público es notada por el auditorio. Se le graba en vídeo y se le pide que explique detalladamente la imagen que cree que ha dado, que califique los síntomas y grado de su ansiedad visible, que vea la grabación y que compruebe cuáles son realmente los signos y grado de su ansiedad manifestada. Otra posibilidad es que el paciente dé una charla, califique su nivel de ansiedad y diversos síntomas en una escala 0-10, que pida a otras personas que hayan escuchado la charla que empleen la misma escala para valorar el miedo y síntomas que él ha manifestado y que compare los valores.
- Persona que cree que un bloqueo o un temblor de manos en público suscitará un gran número de reacciones negativas (risas, comentarios críticos, ser señalado). Se le pide que observe cómo responde la gente mientras el terapeuta u otra persona queda deliberadamente bloqueado o le tiemblan las manos. En una segunda fase, la manifestación de estos síntomas sería llevada a cabo por la propia persona.

Cuadro 4.11. continuación

- Persona que cree que si no habla rápidamente y sin pausas, los demás notarán que duda, se mostrarán inquietos y pensarán mal de ella. Se le pide que la próxima vez, de modo deliberado, hable más lentamente e introduzca una o más pausas; asimismo, debe observar cuidadosamente las respuestas de los otros (p. ej., expresión facial) y preguntarles después sobre cómo habla de rápido y sobre las pausas realizadas. Éstas, que tan largas pueden parecer al paciente, no suelen ser advertidas por los demás o son interpretadas como fenómenos normales o muestras de que se está pensando.
- Persona que teme que sus manos puedan temblar en público y, para prevenirlo, agarra fuertemente los objetos (p. ej., un vaso). El paciente puede comprobar que éste es uno de los mejores modos de producir temblor incluso en gente sin miedo a que le tiemblen las manos.
- Persona que cree que la gente estará muy pendiente de él cuando entre en una clase o restaurante. Se le pide que observe las reacciones de la gente cuando otros entran en estos sitios, luego cuando ella entra y finalmente cuando le sucede algún pequeño percance al entrar (que se le caiga un libro, p. ej.).
- Persona que piensa que si se pone roja, queda en ridículo y la gente se ríe internamente de ella. Puede preguntar a amigos, conocidos y otras personas cómo reaccionan, o reaccionarían internamente ante una persona que se sonroja o se sonrojara en público; el terapeuta podría también preguntar paralelamente a otras personas.
- Persona que cree que al sudar en situaciones sociales la gente piensa que es rara; además duda de que se pueda saber lo que piensa realmente la gente si se le pregunta. Se le pide que especifique en qué comportamientos se traduce ese supuesto pensamiento de la gente (p. ej., rehuir su conversación) y que observe si esos comportamientos se dan en personas que le han visto sudar. También se le puede pedir que sude deliberadamente (poniéndose más ropa, p. ej.) y que tome nota de las reacciones de los demás.
- Persona que piensa que en una situación social (una fiesta, p. ej.) es el centro de atención y que todos lo observan. Se le puede pedir que especifique por anticipado cuánta gente cree que le observa sistemáticamente y luego que compruebe en la situación cuánta gente le observa realmente y en qué grado (muchas de las posibles miradas serán ocasionales e indicativas de poco interés). Posteriormente se le puede decir que intente intensificar en la situación su sensación de ser observado y que luego compruebe si la gente le mira más, lo cual naturalmente no ocurre; de este modo se refuerza la idea de que las impresiones subjetivas no tienen por qué corresponder con la realidad.

terapeuta dispone de varias estrategias: a) Emplear una persuasión amable, pero firme, insistir para que el paciente realice el experimento sin llegar a poner en peligro la relación terapéutica. b) Llevar a cabo el experimento con el paciente e incluso servir de modelo realizando el experimento antes que el paciente; esta estrategia puede ser llevada a cabo por el terapeuta o por familiares o amigos del paciente. c) Emplear un enfoque gradual y descomponer el experimento en unidades más fáciles; así, un fóbico social que no se atreve a dejar caer todas las carpetas al entrar en una reunión, puede comenzar dejando caer uno o dos bolígrafos.

Para que los experimentos sean verdaderamente útiles, es fundamental que la persona no centre su atención en sí misma, sino en la tarea o interacción social (incluyendo los signos de evaluación neutral o positiva por parte de los demás) y deje de poner en práctica sus conductas defensivas. De este modo no sólo reducirá su ansiedad, sino que podrá obtener información que le ayudará a juzgar más realísticamente la situación social y a invalidar sus creencias negativas ("todo el mundo se da cuenta de lo inepto que soy", "los demás me ven tal como yo me siento").

En ocasiones, un experimento conductual aparentemente correcto puede ir en la dirección equivocada. Un paciente pensaba que sus colegas y amigos le veían ponerse rojo frecuentemente y le juzgaban débil y vulnerable. Escribió a estas personas y les explicó sus miedos. Las respuestas le tranquilizaron mucho ya que pocos habían notado que se ruborizaba, apenas pensaban sobre ello, su opinión sobre él tampoco se había visto influida por ello y estaban contentos por su franqueza. Sin embargo, el paciente siguió hablando con más gente sobre su rubor, con lo que se vio claro que la estrategia era antiterapéutica y que se estaba pasando por alto la consideración de un supuesto más básico: el convencimiento del paciente de que su valor como persona dependía de la opinión de los demás sobre él. Cuando se discutió esto con el paciente, admitió que le perturbaría mucho si una sola persona confirmara sus expectativas negativas a pesar de toda la retroalimentación positiva recibida. El foco del tratamiento cambió al nuevo supuesto descubierto.

El objetivo de la fase de cuestionamiento verbal y conductual se consigue cuando el paciente es capaz de refutar sus pensamientos negativos y sustituirlos convincentemente por otros más apropiados, de modo que se produzca además el cambio emocional y conductual esperado.

E) Cuestionamiento de los supuestos básicos

Por lo general, el cuestionamiento de los supuestos se introduce una vez que se ha conseguido un alivio de los síntomas o cuando hay evidencia de que aquellos están interfiriendo con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado. Se supone que el identificar y modificar los supuestos disfuncionales básicos ("si no le gusto a alguien, es que algo malo pasa conmigo", "soy aburrido") produce cambios más profundos que el simple cambio de pensamientos concretos y conductas y que ello es útil para prevenir más eficazmente las recaídas. De todos modos, ésta es una suposición para la que no existe evidencia suficiente.

Para cuestionar los supuestos, se siguen las mismas pautas que para los pensamientos concretos; es decir se emplea el cuestionamiento verbal y el conductual hasta establecer creencias más moderadas, realistas y adaptativas. Puesto que los supuestos están más arraigados que los pensamientos concretos, su modificación requiere más tiempo y puede suscitar mayores resistencias por parte del paciente, el cual considera sus creencias básicas como parte de sí mismo. Existen varios medios útiles para cuestionar verbalmente los supuestos:

- *¿De qué modo es el supuesto no razonable?* Se trata de ver aquí la evidencia a favor y en contra del supuesto: ¿en qué medida se ajusta éste a cómo parecen ser las cosas? Conviene tener en cuenta que, al igual que ocurre con los pensamientos concretos, el cambio de los supuestos no depende del número de contraargumentos, sino de encontrar aquellos argumentos o evidencias particulares que tienen para el paciente un significado especial. Asimismo, es más fácil encontrar argumentos persuasivos si éstos se derivan o se apoyan en creencias adaptativas del paciente.
- *¿De qué modo es el supuesto poco útil?* ¿Le es de ayuda al paciente para conseguir lo que quiere en la vida o le sirve de estorbo? Una estrategia valiosa es analizar las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de mantener la creencia. La exploración de las ventajas percibidas por el paciente de mantener una determinada creencia ("he de hacer lo que la gente espera que haga") o conducta refleja también sus percepciones respecto a las consecuencias negativas de abandonar dicha creencia o conducta. Debe intentarse que

las desventajas superen a las ventajas. También es posible ponderar cada ventaja y desventaja, asignándoles pesos distintos, de modo que al final puedan compararse los pesos totales de ambas. Si las desventajas predominan, el paciente estará más dispuesto a cambiar. Las ventajas asociadas con mantener creencias o conductas desadaptativas deben ser cuestionadas y deben explorarse medios alternativos y menos problemáticos de lograr las ventajas, tal como se expone a continuación.

- *¿Cuál sería una alternativa más moderada que proporcionaría las ventajas del supuesto disfuncional sin sus desventajas?* Los supuestos disfuncionales suelen ser extremos y admiten pocas matizaciones y excepciones. En vez de ver algo como blanco o negro, se trata de tener en cuenta también los grises. Así, el supuesto "he de complacer a mis amigos, no importa lo mal que me sienta" puede ser reformulado en términos más realistas y útiles: "está bien complacer a los amigos, pero también he de mirar por mí mismo". Estos supuestos alternativos pueden ser escritos en tarjetas y leídos repetidamente por el paciente hasta que aprenda a comportarse de acuerdo con los mismos. Las tarjetas también pueden utilizarse para recordarse las conductas deseadas y para escribir argumentos en contra de los supuestos disfuncionales.
- *¿De dónde proviene el supuesto?* En algunos casos, la adopción de una perspectiva histórica que ayude a comprender cómo se adquirieron los supuestos disfuncionales puede ayudar a distanciarse de los mismos. Lo que fue importante en la niñez puede no serlo o serlo mucho menos en la vida adulta. También pueden ser útiles los diálogos imaginarios o las representaciones simuladas con los padres o personas significativas.

Como con los pensamientos automáticos, el cuestionamiento verbal de los supuestos disfuncionales debe ser acompañado del cuestionamiento conductual y reforzado por los cambios correspondientes en el comportamiento. Los experimentos conductuales pueden tener que ser más frecuentes y abarcar un mayor número de situaciones que los experimentos relativos a pensamientos concretos. Entre los diversos tipos de experimentos se encuentran obtener información sobre las normas de otras personas y no dar

Cuadro 4.12. Supuestos básicos y estrategias para cuestionarlos

- Supuesto 1. Si no le gusta a alguien, significa que soy incompetente.
 - *Estrategias verbales.* Preguntas: ¿cómo sabe que no le gusta a alguien? ¿existen razones por las que alguien pueda no responderle positivamente aparte de su incompetencia (p. ej., su estado de ánimo, el que usted le recuerde a otra persona, el que tenga la cabeza en otro sitio, etc.)? ¿puede pensar en ejemplos actuales o históricos en los que alguien no ha gustado a otros, pero no ha sido incompetente? si usted no le gusta a una persona y a otra sí, ¿quién tiene razón? si usted no le gusta a alguien, ¿le anula esto como persona?
 - *Estrategias conductuales.* Preguntar a otras personas qué opinan respecto a que si alguien no le gusta a otra persona, es un incompetente.
- Supuesto 2. Ponerse rojo significa que todos se reirán de mí.
 - *Estrategias verbales.* Examinar toda la gama de reacciones habidas en el pasado cuando se enrojeció. Explorar todos los posibles significados de la risa.
 - *Estrategias conductuales.* Realizar una miniencuesta para averiguar las reacciones de la gente. Observar las reacciones de la gente cuando otra persona se pone roja. Ponerse rojo y observar las reacciones de los otros.
- Supuesto 3. La gente piensa que uno es incompetente si se equivoca al hablar.
 - *Estrategias verbales.* Enumerar todas las cosas que hacen a alguien incompetente. ¿Cuántas de estas características tiene el paciente? ¿Cuál es la importancia de equivocarse al hablar entre todas estas características?
 - *Estrategias conductuales.* Realizar una miniencuesta para evaluar lo que piensan los demás. Observar las reacciones de los demás cuando otra persona se equivoca al hablar. Cometer equivocaciones y observar si los otros reaccionan de la manera predicha en el caso de que piensan que uno es incompetente.

por supuesto que las de uno son compartidas por todo el mundo, observar el comportamiento de otros para inferir las normas que profesan, actuar contra los propios supuestos (por ejemplo, cometer errores en el caso de una persona con normas perfeccionistas) y observar las consecuencias, y comprobar las nuevas creencias a través de la acción.

Una técnica útil es pedir al paciente que lleve un registro diario de experiencias que contradigan el supuesto y apoyen creencias más positivas. Por ejemplo, un paciente que piensa que es aburrido podría apuntar durante varios días diferentes tipos de atención que recibe de los demás, incluyendo miradas, sonrisas, saludos, cumplidos, conversaciones, etc. Este registro podría ir acompañado de instrucciones para atender y corresponder a los demás, lo cual facilitaría respuestas por parte de éstos que contribuirían a desmontar el supuesto original. En el cuadro 4.12 aparecen varios supuestos y estrategias que pueden emplearse para cuestionarlos.

F) Secuenciación temporal del tratamiento cognitivo-conductual

Una posible distribución por sesiones del tratamiento cognitivo-conductual descrito puede verse en el cuadro 4.13. Aunque no indicado en el cuadro, cada sesión termina pidiendo al paciente que resuma lo que ha aprendido y preguntándole si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas. El tratamiento incluye conceptualización del problema, reestructuración cognitiva, exposición y, en caso necesario, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en respiración controlada; otro componente importante es el programa de mantenimiento. Con aquellos pacientes que evitan un gran número de situaciones sociales, el tratamiento puede comenzar con un énfasis en la exposición en vivo.

G) Dificultades en la reestructuración cognitiva y soluciones

Se enumerarán algunas dificultades no consideradas a la hora de exponer las guías para la reestructuración cognitiva, así como la posible pauta de actuación para las mismas.

Cuadro 4.13. Posible distribución por sesiones del tratamiento cognitivo-conductual

- Sesión 1
 - [Si el tratamiento es en grupo, la primera parte de esta sesión se dedica a las presentaciones de los miembros, a la explicación de las reglas básicas de funcionamiento y a que los pacientes compartan detalladamente sus miedos sociales y metas de tratamiento.] Acuerdo sobre el orden del día.
 - Acuerdo sobre la conceptualización del problema a partir de los datos obtenidos en la evaluación y de las experiencias del paciente.
 - Especificación de los objetivos a lograr y descripción general y justificación del tratamiento a seguir (en principio, reestructuración cognitiva combinada con exposición simulada y en vivo) y de su eficacia.
 - [En aquellos casos en que vaya a emplearse la respiración controlada para manejar la activación autonómica, se comienza el entrenamiento en esta sesión y se prolonga habitualmente a lo largo de las dos siguientes.]
 - Actividades entre sesiones: seguir con el autorregistro introducido en la evaluación (p. ej., situación, nivel de ansiedad, pensamientos negativos, conducta, reacciones de los demás) y escribir situaciones para la elaboración de la jerarquía de exposición.
- Sesión 2
 - Acuerdo del orden del día y revisión de las actividades entre sesiones.
 - Justificación e ilustración de la reestructuración cognitiva a partir de uno o más ejemplos hipotéticos (p. ej., ser llamado a la oficina del jefe).
 - Reestructuración de uno o más pensamientos de los registrados por el paciente.
 - Actividades entre sesiones: leer un ejemplo escrito de reestructuración cognitiva y una lista de preguntas que pueden servir de ayuda a la reestructuración, reestructurar por escrito algún pensamiento seleccionado y seguir con el autorregistro, pero añadiendo la columna de pensamientos alternativos.
- Sesión 3
 - Acuerdo del orden del día y revisión de las actividades entre sesiones.
 - Elaboración de los primeros pasos de la jerarquía o jerarquías de exposición.
 - Selección de alguna actividad para la exposición simulada, identificación de los pensamientos negativos significativos relativos a la misma, reestructuración de dichos pensamientos y desarrollo de pensamientos alternativos.
 - Desarrollo de los detalles de la situación de exposición, establecimiento de una o más metas no perfeccionistas y realización de la exposición simulada con énfasis en focalizar la atención en la tarea y en prevenir

Cuadro 4.13. continuación

- más o menos gradualmente las conductas defensivas. Revisión de la exposición simulada, reestructuración de posibles pensamientos negativos y repetición de la exposición en caso necesario.
- Actividades entre sesiones: Reestructurar por escrito algunos pensamientos. Exposición en el medio natural a las situaciones acordadas y anotación en el autorregistro correspondiente; estas actividades se plantean frecuentemente como experimentos conductuales. Lectura de las pautas para llevar a cabo la autoexposición.
- [En aquellos casos en que vaya a trabajarse la asertividad, se discuten, justo antes de introducir este tema, los derechos básicos que toda persona tiene y las características y efectos del comportamiento sumiso, asertivo y agresivo.]
- Sigüientes sesiones
 - Acuerdo del orden del día, revisión de las actividades de autoexposición, reforzamiento de los esfuerzos y progresos, reestructuración de las posibles interpretaciones negativas no realistas y búsqueda de soluciones para las posibles dificultades habidas.
 - Nuevas reestructuraciones y ensayos de exposición simulada con situaciones anteriores que no han podido ser manejadas o con nuevas situaciones de la jerarquía. Como no podrá hacerse esto con todas las situaciones, se seleccionan sólo algunas de acuerdo con el paciente.
 - Salvo que el paciente manifieste claros y diversos aspectos negativos, introducción a partir de la cuarta sesión de la grabación en vídeo de alguna o algunas de las exposiciones simuladas para que mediante su visionado se ayude al paciente a someter a prueba y a modificar la imagen distorsionada que tiene de sí mismo.
 - Si es necesario, se introduce el entrenamiento en habilidades sociales para la situación que se precise o bien, si el problema es más general, se integra con el tratamiento ya desde el principio.
 - Actividades entre sesiones: Acuerdo de nuevas actividades para someter a prueba las creencias del paciente. Se sigue este proceso trabajando cada vez situaciones más difíciles y eliminando conductas defensivas hasta lograr las metas del tratamiento o la mayor aproximación posible a las mismas.
- Últimas sesiones
 - Se introduce el cuestionamiento de los supuestos básicos. Esto se hace una vez conseguido un alivio de los síntomas o cuando los supuestos interfieren con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado.
 - La última sesión se dedica a la presentación del programa de mantenimiento.

- *El paciente no logra identificar pensamientos negativos significativos que den cuenta de su ansiedad.* Se le puede pedir que lo intente mientras imagina las situaciones temidas, se simulan éstas o se expone realmente a las mismas. Si a pesar de esto siguen sin identificarse pensamientos negativos, una estrategia útil es preguntar al paciente por el significado que la situación tiene para él. En casos de evitación cognitiva se pueden ir escribiendo en una pizarra o en una hoja de papel los pensamientos que se van identificando; esto puede facilitar el surgimiento de pensamientos nuevos y más atemorizantes.

Una buena regla que se aconseja seguir respecto a los pensamientos identificados es que el terapeuta se pregunte “¿me sentiría yo como el paciente si tuviera estos pensamientos y los creyera?”. Si la respuesta es negativa, conviene seguir explorando las cogniciones del paciente. Esto es importante porque un problema frecuente, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas, es no llegar a identificar aquellos pensamientos que son los responsables principales de las emociones negativas; en lugar de esto, la atención se centra en cogniciones menos importantes. En aquellos casos en que, a pesar de todo, no logran identificarse pensamientos que den cuenta de las emociones del paciente, puede centrarse el tratamiento en la exposición, quizá apoyada por autoinstrucciones.

- *El paciente teme informar de ciertos pensamientos negativos por miedo a la evaluación negativa.* El terapeuta debe mostrarse comprensivo (“imagino que es difícil decir ciertas cosas a un extraño”), poner ejemplos de pensamientos negativos extremos informados por otros pacientes y mostrarse claramente no juzgador al respecto. También puede pasar por alto inicialmente las cuestiones que el paciente no desee abordar.
- *El paciente se siente frustrado con el empleo del método socrático.* Con pacientes que prefieren un estilo más persuasivo o directivo, puede ser mejor, al menos de entrada, no emplear el diálogo socrático. En estos casos suele ser más útil proporcionar información y sugerir formas más útiles de ver las cosas y autoinstrucciones que pueden emplearse en las situaciones temidas.

- *El paciente no realiza en casa las reestructuraciones cognitivas que debe hacer por escrito.* Posibles razones ya fueron abordadas cuando se habló de las dificultades durante la exposición in vivo. Ahora bien, algunos fóbicos sociales no llevan a cabo la actividad porque temen realizarla incorrectamente. En estos casos, conviene remarcar que hacer reestructuraciones no es una cosa fácil, que se requiere práctica y que no se trata de hacer reestructuraciones perfectas. Asimismo, conviene ser consecuente con esto y no criticar al paciente por sus fallos.
- *El paciente comenta que le resulta difícil pensar de forma alternativa en las situaciones temidas.* Puede pedírsele que emplee tarjetas antes de las situaciones en las que consten sus pensamientos negativos y las alternativas a los mismos; o bien, puede escribir por un lado de la tarjeta un pensamiento alternativo y, por el otro lado, la evidencia que lo apoya. Si existe una fuerte activación somática, puede enseñársele la respiración controlada o puede emplearse como paso previo la exposición imaginaria a las situaciones temidas junto con el empleo durante la misma de pensamientos alternativos.
- *El paciente dice que todavía se siente ansioso a pesar de enfocar las cosas de modo más realista y adaptativo.* Se puede señalar que los cambios requieren tiempo e indagar si la nueva forma de pensar es habitual o si se utiliza sólo en ciertos momentos o únicamente cuando se está fuera de las situaciones temidas. En estos últimos casos, debe pedirse al paciente que examine sus pensamientos más frecuentemente o antes de exponerse a una situación temida.
- *El paciente parece no quedar convencido con la reestructuración verbal y el terapeuta persiste en la misma a costa de la exposición.* La finalidad de la reestructuración no es convencer al paciente, sino ayudarle a cuestionar por sí mismo ciertas formas de enfocar las cosas. Esto requiere tiempo y, además, la mejor fuente de información para cuestionarse los propios pensamientos es la experiencia dirigida a ponerlos a prueba. La reestructuración verbal es sólo un modo de facilitar el que se lleve a cabo esta experiencia, pero no es necesario que el paciente esté previamente convencido de que sus pensamientos son inadecuados, sólo de que las cosas pueden ser de otra manera y esté

dispuesto a comprobarlo. Así pues, es un error dar preferencia a la reestructuración verbal sobre la exposición o los experimentos conductuales. Es más, en algunos casos, los pacientes pueden intentar alargar la reestructuración verbal para postergar la exposición a las situaciones temidas.

- *El paciente reconoce que una consecuencia temida es poco probable (por ejemplo, que se rían de él al hacer una cita), pero mantiene que hay una posibilidad de que ocurra, que no podría soportarlo y que no está dispuesto a correr riesgos.* Conviene discutir con él tanto lo que pasaría realmente de ocurrir la consecuencia temida como los pros y los contras de vivir asumiendo algunos riesgos en contraposición a intentar evitar esos riesgos. ¿Cuál es el precio que está pagando por no arriesgarse? ¿Qué podría ganar si se arriesgara? ¿Dejaría de conducir por la posibilidad de tener un accidente de coche? A partir de esta discusión, podría intentar acordarse con el paciente la exposición gradual a aquello que teme.
- *El paciente informa o se muestra fácilmente de acuerdo con formas alternativas de pensar a fin de complacer al terapeuta o de evitar una discusión más profunda que interpreta como evaluación negativa o como vía para el surgimiento de pensamientos que le avergüenzan.* Se puede abordar directamente el miedo del paciente mediante el cuestionamiento de los pensamientos automáticos correspondientes y la realización gradual de las actividades temidas respecto al terapeuta.

4.4.4. Entrenamiento en habilidades sociales

Para empezar, conviene tener en cuenta que un déficit de habilidades no puede inferirse simplemente a partir de un déficit de ejecución, ya que este último puede ser también debido a la perturbación producida por la ansiedad. La mejor manera de establecer la existencia de un posible déficit de habilidades es pedir al paciente que haga una representación de papeles de las situaciones problemáticas bajo condiciones que minimicen la ansiedad y faciliten, mediante el empleo de las instrucciones adecuadas, el comportamiento competente. También es útil observar lo habili-

doso que es el paciente en sus interacciones con el terapeuta, especialmente después de que se haya habituado al mismo tras unas pocas sesiones.

El *entrenamiento en habilidades sociales* puede ser aplicado de dos formas en el tratamiento de la fobia social: a) como un módulo aparte con énfasis en la adquisición de varias habilidades sociales *per se*; o b) integrándolo con el tratamiento cognitivo-conductual y con unas miras más limitadas que en el caso anterior.

La primera forma parece aconsejable al menos para aquellos pacientes que presentan claros déficit en habilidades sociales básicas en una amplia variedad de situaciones, incluso con el terapeuta: no miran, hablan poco y de modo inaudible, no modulan la voz, tienen dificultades para escuchar y para responder preguntas, etc. Aparte del aprendizaje de habilidades sociales, este módulo, incluido al principio del tratamiento, aumenta la confianza del paciente para empezar con la exposición en vivo y los experimentos conductuales, y hace más probable que las actividades entre sesiones proporcionen resultados más alentadores, ya que los demás reaccionarán más positivamente. Suelen necesitarse 6-10 sesiones para adquirir las habilidades básicas, aunque será necesario más tiempo para dominarlas en la vida real.

La segunda forma es adecuada para aquellos pacientes que presentan déficit de habilidades sociales en situaciones sociales específicas (por ejemplo, iniciar y mantener conversaciones, hacer una crítica, presentarse a una entrevista de selección, hacer una reclamación, hablar en público), lo cual suele hacerse evidente durante el curso del tratamiento. Es importante en este caso que el entrenamiento en las habilidades sociales requeridas sea integrado con el cuestionamiento de los pensamientos desadaptativos y la práctica de la exposición en vivo.

Aparte de posibles dificultades en habilidades de percepción, escucha, interpretación y resolución de problemas, en cada situación considerada pueden detectarse a nivel motor problemas en una serie de componentes:

- *Verbales:* peticiones, preguntas, comentarios, retroalimentación, autorrevelaciones, charla informal, razones, saludos, despedidas, alabanza, ofrecimiento de ayuda, justificaciones, disculpas, contenido asertivo, mensajes latentes y características de la forma de hablar como claridad, espe-

cificidad, corrección, coloquialidad-formalidad, variedad, pertinencia, interés y énfasis verbal.

- *No verbales*: mirada, expresión, gestos, apariencia, postura, orientación, movimiento, proximidad, contacto físico.
- *Vocales*: volumen, tono, entonación, pausas, fluidez, velocidad, pronunciación, duración y latencia de la respuesta, énfasis vocal.

Conviene prestar especial atención al grado en que estos componentes se integran o coordinan unos con otros y se adaptan a las respuestas de la otra persona. Una información detallada sobre todos estos componentes puede consultarse en Caballo (1993).

El entrenamiento en habilidades sociales incluye diversas técnicas: análisis de la situación e instrucción, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y práctica real. Todas éstas se exponen a continuación en detalle, aunque pueden ser simplificadas en su aplicación.

A) Análisis de la situación e instrucción

Para empezar, se requiere información sobre la situación problemática que se va a trabajar (contexto, lugar, momento, personas implicadas y su actuación, etc.). Esta información tendrá que ser proporcionada por el paciente y, a ser posible, otras personas cuando se trate de una situación a la que no tiene acceso el terapeuta: reclamación dirigida a un dependiente conocido por el paciente contra reclamación dirigida a un dependiente en abstracto. Naturalmente, si el conocimiento de una determinada situación particular viene dado sólo por la descripción del paciente y ésta es excesivamente sesgada, lo más probable es que lo que se decida con relación a dicha situación sea ineficaz e incluso podría ser contraproducente. Este problema sólo puede solucionarse observando al paciente en la vida real, lo que es poco práctico, o contando con la colaboración de otras personas implicadas en la situación u observadoras de la misma.

El siguiente paso es acordar con el paciente el *objetivo* a lograr; por ejemplo, uno puede rechazar una petición o bien acceder a ella sólo si se dan ciertas circunstancias. Definir el objetivo en una determinada situación es un aspecto esencial, ya que influirá en los comportamientos adecuados para conseguirlo.

Siempre que sea posible el paciente debe jugar un papel básico a la hora de *decidir cuáles son los comportamientos adecuados* para una situación, contexto y objetivos determinados. Por tanto, se le pedirá que considere cuáles son las alternativas de respuesta, que valore los pros y los contras de éstas y que decida cuál es la forma específica de comportarse que juzga más conveniente. Las opiniones de los restantes miembros del grupo, cuando lo hay, y del terapeuta son también importantes a este respecto. Si en este proceso se descubren percepciones, interpretaciones, atribuciones o expectativas erróneas o disfuncionales por parte del paciente que dificulten el manejo de la situación problemática o el aprendizaje de habilidades, convendrá emplear la *reestructuración cognitiva* de cara a su modificación.

Por evaluación previa o ensayos conductuales anteriores se sabrá o sospechará que hay uno o más componentes de respuesta problemáticos (verbales, no verbales, vocales) en una situación determinada. Es importante que en el análisis e instrucción se considere un máximo de dos componentes a la vez hasta que estén todos dominados. De lo contrario, se abrumaría al paciente y el entrenamiento no resultaría eficaz.

Cuando los pacientes carezcan de información suficiente, como ocurre con pacientes institucionalizados en general o con pacientes externos en ciertos tipos de situaciones o respuestas, el terapeuta puede tener que ser más directivo y proporcionar *instrucciones* sobre cómo comportarse. Las instrucciones consisten en dar información clara, concisa y específica sobre qué decir y hacer. Conviene presentar las instrucciones más como sugerencias (“¿qué le parecería si...?”, “yo creo que sería mejor si... ¿qué piensa usted?”) que como órdenes (“debe...”, “tiene que...”).

Al comenzar a trabajar una determinada respuesta es útil describir breve y concretamente el contenido a aprender, obtener o dar una justificación del mismo (beneficios y efectos que tiene; si es posible, es mejor preguntar al paciente por las razones por las que cree que puede ser útil el componente a entrenar) y proporcionar pautas claras y concisas de realización.

Las instrucciones deben discutirse con el paciente para ver si las ha comprendido, la importancia que les otorga y las repercusiones que cree que tendrá su cumplimiento en su caso. En caso de encontrarse cogniciones interferidoras, puede ser necesario aplicar, como se ha dicho antes, algún procedimiento cognitivo

de cara a su modificación. Cuando se den instrucciones sobre un componente (como hacer preguntas abiertas o autorrevelaciones), es útil no sólo que el terapeuta haga la explicación oportuna y proporcione algún ejemplo de cómo llevarlo a cabo, sino que pregunte al paciente por otros ejemplos que se le ocurran. De este modo, el paciente no aprende sólo respuestas concretas, sino *principios generales de actuación*.

Así pues, es importante que —a través de la discusión con el paciente y posibles miembros del grupo, las instrucciones proporcionadas o el modelado (véase más abajo)— no se enseñen sólo respuestas específicas para una situación dada, sino que se expliquen también principios, pautas o guías generales de actuación y que el paciente los comprenda y los sepa ejemplificar. De este modo, comenzar una conversación en el tren con un desconocido con la frase “¿Sabe cuánto tiempo falta para Valencia?” es un ejemplo concreto del principio general de que al entablar conversación con un desconocido, una buena estrategia es comenzar hablando de la experiencia común que se está compartiendo. Otros principios generales son: no hay por qué excusarse al reclamar los propios derechos, no hay que realizar ataques personales al expresar los sentimientos negativos, etc. En los cuadros 4.14 a 4.22 pueden verse ejemplos de guías aplicables a diversos tipos de situaciones: iniciar y mantener conversaciones, hacer cumplidos, concertar una cita, hacer una petición, decir “no” a una petición, solicitar un cambio en una conducta molesta, mostrar desacuerdo, afrontar la crítica y dar explicaciones sobre una situación comprometida.

Es conveniente que el paciente conozca desde el comienzo, los principios generales más importantes de una situación particular o de la parte de la misma que se esté trabajando, pero el dominio de tales principios se perseguirá de un modo gradual. La comprensión de estos principios generales facilitará la generalización al permitir descubrir nuevos modos de actuar (de iniciar conversaciones en el ejemplo arriba citado del tren) tanto en la situación trabajada (“¿va usted muy lejos?”) como en otras. Esto último se verá potenciado además por la consideración de diversas situaciones durante los ensayos. Por otra parte, es útil que el paciente desarrolle autoverbalizaciones o imágenes que resuman el comportamiento adecuado en una situación y las use antes de los ensayos conductuales y de la práctica real; esto facilita la asimilación, el recuerdo y la generalización.

Cuadro 4.14. Guías para iniciar y mantener una conversación

- Observe a la persona con la que quiere iniciar la conversación.
- Identifique si la actitud de esa persona es favorable a querer hablar.
- Si la actitud es favorable, piense en lo que va a hacer y decir y cómo.
- Inicie la conversación. Posibles modos de hacer esto son:
 - Salude a la otra persona y, según los casos, preséntese.
 - Haga una pregunta o comentario sobre la situación o actividad en la que ambos están inmersos.
 - Haga un cumplido al otro sobre algún aspecto de su conducta, apariencia o algún otro atributo.
 - Haga una observación o una pregunta casual sobre lo que la otra persona está haciendo.
 - Pregunte si puede unirse a la otra persona (o a su grupo) o pídale que se una a usted (o al grupo en el que usted se encuentra) para cierta actividad (p. ej., hablar).
 - Pida a la otra persona ayuda, consejo, opinión o información.
 - Ofrezca algo a la otra persona.
 - Comparta alguna información, opinión o experiencia personal.
 - Si va a entrar en una conversación de grupo: a) acérquese al mismo, pero sin entrar todavía en él; b) escuche la conversación un rato; c) haga un comentario apropiado cuando lo considere oportuno; d) si el comentario es bien acogido, entre en el grupo y siga participando.
- Al inicio de la conversación emplee frases cortas y preguntas abiertas. Sea positivo y no intimide a la otra persona con lo que dice o cómo lo dice.
- Emplee correctamente las conductas vocales y no verbales: mirada adecuada a los ojos, expresión facial relajada o agradable, sonrisa, habla fluida, volumen audible, voz modulada, etc.
- Mantenga la conversación.
 - Apóyese en la información proporcionada por la otra persona para hacer preguntas, comentarios y paráfrasis (expresar con otras palabras lo que el otro ha dicho o expresado).
 - Haga preguntas abiertas, dirigidas a obtener respuestas amplias. Muchas de estas preguntas empiezan con “qué”, “cómo” y “por qué”; por ejemplo, preguntar la opinión del otro sobre algo.
 - Muestre una actitud de escucha mediante uno o dos asentimientos de cabeza, mirada al otro al menos la mitad del tiempo, inclinación y orientación corporal hacia el otro, expresión facial de atención, paráfrasis y expresiones como “ya”, “sí”, “entiendo”, “uhm”. Evite mirar el reloj, tamborilear con los dedos o balancear el cuerpo o alguna parte del mismo.

Cuadro 4.14. continuación

- Proporcione información que vaya más allá de lo que se le ha solicitado.
 - Dé información de carácter cada vez un poco más personal (actividades, anécdotas, gustos, opiniones, deseos, fantasías, sentimientos). La profundidad de esta información depende del grado de intimidad alcanzado y es más importante en fases más avanzadas de la relación.
 - Comunique al otro que le comprende y que aprueba o está de acuerdo con lo que dice, si es el caso.
 - Cambie de tema si se agota el tema de conversación o prefiere hablar de otra cosa. Para ello, aproveche una pausa y haga una de estas cosas: conecte el nuevo tema con el anterior ("hablando de..."), responda con un sentimiento similar, pero tema diferente ("yo también me sentí así una vez que..."), haga un paréntesis ("entre paréntesis...") o diga simplemente que quiere hablar sobre otra cosa.
 - Si quiere que la otra persona hable más, entonces: a) hable usted menos, b) haga preguntas abiertas, c) hable de cosas que interesen al otro y d) refuerce las cosas que diga.
 - Recuerde que ciertos períodos de silencio en la conversación son normales y no deben llenarse a toda costa. Aprovechélos para pensar sobre lo hablado y sobre lo que puede decir.
 - Coordine su conversación con la de la otra persona. Esto implica por una parte no hacer muchas interrupciones (no hablar al mismo tiempo que el otro, sino esperar a que termine), no hacer intervenciones excesivamente largas o cortas y no hacer silencios prolongados antes de responder. Por otra parte, implica saber ceder y tomar la palabra.
- ✓ *Ceder la palabra:*
- Haga una pregunta y continúe mirando al otro.
 - Cuando vaya a acabar de hablar, mire al otro, termine de hablar y mire hacia abajo o hacia afuera. Deje de hacer gestos y baje el tono de voz en la última o dos últimas palabras: Si lo desea, emplee una frase conclusiva (p. ej., "eso es todo"). No comience una nueva frase ni utilice palabras como "y" o "pero", ya que esto indicaría que quiere continuar.
- ✓ *Tomar la palabra.* Existen diversos medios siguientes, algunos de los cuales son más drásticos y pueden estar indicados, por ejemplo, para cuando el otro es reacio a dejar de hablar:
- Indique al otro que va a tomar la palabra mediante uno o más de los siguientes medios: rápidos movimientos de cabeza; repetición rápida de "sí", "bien", "uhm" o "no"; inclinación hacia adelante; ejecución de varios cambios corporales importantes.
 - Exprese de un modo simple lo dicho por el otro, destacando una palabra o frase, pero luego mantenga la palabra.

Cuadro 4.14. continuación

- No muestre señales de escucha. Cuando el otro deje de hablar, tome la palabra.
 - Interrumpa al otro mientras éste hace una pausa.
 - Interrumpa al otro y comience hablando bastante alto (sin gritar), con una pronunciación clara y evitando errores lingüísticos tales como las repeticiones ("quisiera, quisiera decir..."). Luego, continúe hablando hasta que el otro deje de hablar antes de que usted acabe.
 - En grupos, obtenga la atención del que habla mediante mirada, orientación del cuerpo, gestos y/o cambios corporales importantes. Luego, haga una paráfrasis de lo que ha dicho el otro y siga hablando o interrumpa al otro de cualquiera de los dos modos arriba descritos y tome la palabra.
- ✓ *No acceder a una petición de palabra:*
- Cuando llegue al final de una frase, no haga una pausa, no mire al otro, continúe haciendo gestos o mantenga una mano en posición de ir a hacer un gesto, hable más alto.
 - Aumente el volumen si el otro interrumpe y hable más alto que el otro si la interrupción continúa.
- ✓ *Declinar una cesión de palabra:*
- Emplee una respuesta de escucha (p. ej., asentimiento de cabeza, "entiendo", "uhm") y continúe mirando al otro.
 - Haga una pregunta o déle la vuelta a la pregunta del otro (p. ej., "no estoy seguro, ¿qué piensas tú?", "primero me gustaría saber un poco más lo que tú piensas"). Luego, continúe mirando al otro.
 - Diga brevemente con otras palabras lo que el otro ha dicho.
- ✓ *Comprobar si se puede continuar hablando:*
- Cuando llegue al final de una frase, mire al otro; luego, aparte la mirada y continúe hablando y haciendo gestos.
 - Además de mirar al otro, pida su conformidad (p. ej., "¿no crees?"); luego, continúe hablando.
- A lo largo de la conversación compruebe si la otra persona quiere seguir conversando, es decir, si escucha activamente, evita los silencios prolongados, hace preguntas y proporciona información adicional o revelaciones personales. Si no es así, ponga fin a la conversación.
- Si una conversación agradable debe llegar a su fin, dé una razón para marcharse o diga que tiene que irse. Si es el caso, exprese que le gusta haber hablado con el otro y concierte un contacto futuro o disponga las condiciones para que sea posible (p. ej., dando su número de teléfono y pidiendo el del otro). Finalmente, despídase y váyase.

Cuadro 4.15. Guías para hacer cumplidos

- Recuerde que a los demás les agrada recibir cumplidos sinceros y que éstos hacen más satisfactorias las relaciones entre dos personas.
- Piense en lo que va a decir y cómo.
- Emplee señales no verbales de "proximidad" (contacto ocular; expresión facial positiva, orientación hacia el otro, voz suave y segura, cercanía física).
- Haga un comentario positivo y sincero a la otra persona sobre su conducta, apariencia y/o posesiones.
- Sea específico en el comentario. No se limite a hacer una valoración positiva global ("has estado muy bien"), concrete qué es exactamente lo que le ha gustado ("me gusta cómo has sabido defender tu punto de vista sobre...").
- Exprese el comentario en términos de sus propios sentimientos ("me gusta cómo te queda esta chaqueta") en vez de hacerlo de modo impersonal ("es una chaqueta bonita").
- Si desea que el cumplido tenga un mayor impacto, mencione el nombre de la otra persona.
- Si piensa que a la persona a la que le hace el cumplido le resulta difícil aceptarlo, haga seguir el comentario positivo por una pregunta ("me encantan esas gafas que llevas, Marta, ¿dónde las has comprado?"). De este modo, es más probable que el otro se dedique a contestar la pregunta en vez de rechazar el cumplido.
- Reserve los cumplidos para cuando no vaya a pedirle nada a la otra persona. En caso contrario, su acción será vista como interesada.
- Si no ha solido hacerle cumplidos a una persona, empiece poco a poco, ya que si no el otro pensará en intenciones ocultas.
- Si no suele hacer cumplidos, comience a hacerlos ocasionalmente y vaya aumentando progresivamente su frecuencia.

Cuadro 4.16. Guías para concertar una cita

- Inicie y mantenga una conversación extensa; luego, hacia el final de la misma haga la petición. También puede concertar una cita sin necesidad de una conversación tan prolongada con una persona con la que ya haya tenido varios contactos extensos anteriores.
- Emplee señales no verbales de "proximidad" (contacto ocular; expresión facial positiva, orientación hacia el otro, voz suave y segura, cercanía física).
- Diga al otro que le gustaría volver a verle y/o proponga una actividad que pueda ser interesante para el otro. Sea directo, no emplee rodeos ni excusas.
- Proponga un día, hora y lugar.
- Determine si el otro también desea quedar en otra ocasión; fíjese en sus respuestas verbales y no verbales.
- Proponga un tiempo, sitio o actividad alternativa si el propuesto en primer lugar no es satisfactorio o, mejor aún, pida a la otra persona que haga una propuesta alternativa.
- Si la otra persona ofrece un motivo para no aceptar o una excusa ("es que tengo un montón de asuntos pendientes"), no ponga en duda la sinceridad de ésta. Acéptela y repita la petición, pero dejando la fecha abierta ("ya te llamaré").
- Cuando concierte una cita, piense que está haciendo simplemente eso, ni más ni menos. Si lo que busca es encontrar cuanto antes una pareja sentimental adecuada, lo más probable es que su ansiedad y sus prisas le aboquen al fracaso.

Cuadro 4.17. Guías para hacer una petición
(pedir un favor o solicitar ayuda)

- Asegúrese de que la petición es razonable y de que va a formularla en términos concretos.
- Prepárese para recibir tanto un "no" como un "sí".
- Escoja un buen momento.
- Si la relación con el otro no es de confianza, entable primero una conversación relativamente extensa.
- Llegado el momento, utilice señales no verbales de "proximidad" (contacto ocular, expresión facial positiva, orientación hacia el otro, voz suave y segura, cercanía física).
- Explique la situación y haga la petición directamente, sin rodeos.
- Si el otro acepta, exprese su agradecimiento verbal y no verbalmente. Puede subrayar al otro el gran favor que le hace.
- Si el otro no acepta, tiene usted varias opciones en función de su necesidad y de la respuesta específica del otro:
 - Si el otro ha sido claro en su negativa y la ha razonado y la petición no es algo muy importante para usted, puede minimizar la importancia de la petición, dar las gracias y aceptar la posible justificación o disculpa ofrecida ("no te preocupes, gracias de todos modos").
 - Si el otro ha sido claro en su negativa y la ha razonado y la petición es algo importante para usted, insista en la petición una vez más.
 - Si el otro da una negativa sin razones, solicite una justificación de la negativa.
 - Si el otro no es claro en su respuesta porque no ha entendido su petición, vuelva a expresar ésta más claramente.
 - Si el otro no es claro en su respuesta debido a que vacila sobre si decir "sí" o "no", insista en la petición hasta lograr una respuesta clara, a no ser que vea que él se siente muy incómodo.
- En caso de negativa, recuerde que el otro tiene derecho a rechazar su petición. No recurra al insulto, amenaza ("si no me lo dejas...") o culpabilización ("pensaba que eras un amigo").

Cuadro 4.18. Guías para decir "no" a una petición

- Analice en qué medida la petición es razonable, pero recuerde que tiene derecho también a decir "no" aunque la petición sea razonable.
- Si no entiende en qué consiste exactamente la petición, pida que se la clarifiquen.
- Si le hace falta, solicite un tiempo para pensar sobre la petición.
- Muestre comprensión de la petición del otro (p. ej., "imagino que esto es importante para ti...").
- Diga "no" de una forma breve y clara y, si lo cree oportuno, ofrezca una razón o razones. No emplee excusas (falsas razones para decir que no), ya que pueden hacerle sentir mal y volverse en su contra. Por ejemplo, si dice al otro que no puede ayudarlo ahora porque está ocupado (cuando en realidad no desea ayudarlo ni ahora ni luego), el otro le puede preguntar por otro momento en que esté libre.
- Sea amable en la negativa, no agresivo ni hostil. Si cree que un amigo puede sentirse molesto, puede suavizar la negativa con una frase del tipo: "no creas que no te aprecio, pero...".
- Emplee correctamente las conductas vocales y no verbales: hable con tono seguro, mire al otro, adopte una expresión neutral...
- Ofrezca, si es posible, una alternativa (p. ej., "no tengo tiempo ahora, pero sí la semana que viene").
- Si el otro insiste, repita la negativa ("lo siento, no puedo") y, si es el caso, la razón para, la misma.
- Si el otro sigue insistiendo y no hay razones de peso para cambiar de opinión, mantenga la negativa, pero sin dar razones, emplee un tono más firme y diga al otro que no insista.
- Si el otro se muestra pesadamente insistente, agresivo o culpabilizador, haga la negativa más explícita ("he dicho que no, no quiero") y dígame que no está respetando su decisión, que se está excediendo y que no insista. Si es necesario, ponga fin a la conversación.
- En ciertas situaciones (un vendedor insistente, p. ej.) puede ser aconsejable emplear simplemente la técnica del disco rayado: repetir la negativa las veces que sea necesario sin añadir nada más.

Cuadro 4.19. Guías para solicitar un cambio en una conducta molesta

- Decida si merece la pena actuar. A veces la conducta molesta puede ser poco importante o no volver a ocurrir; otras veces la conducta molesta puede ser inmodificable.
 - Piense en lo que va a decir y a hacer y cómo.
 - Elija el momento y lugar adecuados.
 - Emplee correctamente las conductas vocales y no verbales. Por ejemplo, emplee un tono de voz firme, pero no acusatorio, mire al otro y adopte una postura erguida y una expresión seria.
 - Describa la conducta molesta, pero sin explayarse; céntrese en la conducta y no ataque al otro ni haga referencia a sus supuestos motivos, intenciones o actitudes.
 - Según los casos, exprese cómo se siente con relación a la conducta molesta; vigile que la expresión verbal no sea acusatoria (diga "me siento" en vez de "me haces sentir" o de "esto hace sentir ... a cualquiera"). La expresión de sentimientos no suele hacerse cuando tratamos con extraños.
 - Explique cómo le afecta la conducta molesta. Puede mostrar que comprende el punto de vista o comportamiento del otro, sin que esto implique que está de acuerdo con él.
 - Especifique clara y amablemente el cambio de conducta que desea (preferiría, quisiera, me gustaría) y asegúrese de que la otra parte le entiende. Si el otro debe hacer un gran cambio, es mejor que comience solicitando cambios más pequeños. Esté abierto a la negociación.
 - Acompañe la solicitud, antes o después, de una o más razones (p. ej., las consecuencias positivas que se derivarán) y, si es el caso, ofrézcase a colaborar para resolver la situación.
- Exprese agradecimiento si la otra parte accede.
 - Si la otra parte parece acceder, pero al cabo de un rato o del tiempo vuelve la conducta molesta, repita la solicitud en los mismos términos (si ha transcurrido ya tiempo y este retorno de la conducta molesta no ocurre con frecuencia) o emplee términos más enérgicos.
 - Si la otra parte no accede, escuche su punto de vista y conteste a sus razones si las da y cree que no son adecuadas. Negocie si es apropiado y dé las gracias por el compromiso alcanzado.
 - Si la otra parte no accede de entrada o tras contestar a sus razones, formule su solicitud en términos más enérgicos. Si es necesario, señale las consecuencias negativas que pueden derivarse si no hay cambio, pero vigile que sean realistas (p. ej., llamar a la guardia urbana, hablar con el encargado).

>>

Cuadro 4.19. continuación

- No permita que la interacción degenera; termine la conversación antes de que acabe en riña.
- Tenga en cuenta que no siempre es necesario emplear todos los pasos descritos. Por ejemplo, si nos sirven un plato de sopa tibia en un restaurante, basta con pedir que nos la calienten más y dar las gracias. No es preciso ni expresar sentimientos ni dar razones ni tan siquiera decir que la sopa está tibia.

Cuadro 4.20. Guías para mostrar desacuerdo

- Asegúrese de que ha comprendido la opinión del otro.
- Piense en lo que va a decir y a hacer y cómo.
- Emplee correctamente las conductas vocales y no verbales (tono seguro, mirada al otro, expresión relajada o neutral, etc.).
- Reconozca algo positivo en la opinión del otro o en la conducta del otro, si ve que existe.
- Muestre el desacuerdo de una manera clara y amable, que no sea agresiva, cortante o arrogante. Por otra parte, y si las circunstancias no lo impiden, muestre directamente el desacuerdo, sin rodeos exculpatorios.
- Sea específico, describa aquello con lo que no está de acuerdo (la conducta u opinión) sin culpar ni etiquetar a la otra persona.
- Hable en primera persona implícita o explícitamente ("creo que...") y/o plantee el desacuerdo a nivel de pregunta ("¿no cree usted que...?", "¿ha pensado usted que...?").
- Dé razones para el desacuerdo.
- Obtenga la reacción de la otra persona a su desacuerdo: "¿cómo ve usted la situación?", "¿ve usted las cosas de otro modo?".
- No intente forzar al otro para que esté de acuerdo con su opinión.

Cuadro 4.21. Guías para afrontar la crítica

- Concéntrese en lo que el otro dice e intente comprender su punto de vista. Si es preciso, solicite aclaración o repita con sus propias palabras lo que el otro ha dicho para asegurarse de que lo ha entendido.
- Muestre al otro que le está escuchando y deje que acabe, aunque piense que está equivocado.
- No se deje llevar por actitudes o emociones negativas hacia la intervención o hacia el otro.
- Piense en lo que va a responder y cómo.
- Emplee correctamente las conductas vocales y no verbales (p. ej., emplee un tono de voz normal, no agresivo).
- Céntrese en el contenido de la crítica, no en cómo ha sido hecha (esto puede abordarse, en general, después) ni en la persona que la ha hecho o en sus motivos, intenciones o actitudes.
- Si está totalmente de acuerdo con el contenido de la crítica, reconózcalo. Según el caso, dé razones o discúlpese de modo breve y/o diga qué es lo que piensa cambiar.
- Si está de acuerdo parcialmente con la crítica, reconozca, por una parte, los aspectos verdaderos de ésta y, por otra, muestre su desacuerdo con el resto y dé razones específicas para ello.
- Si no está de acuerdo en absoluto con la crítica, muestre su acuerdo con el derecho del otro a expresar su opinión crítica, pero exprese su desacuerdo con el contenido de la misma.
- En caso de desacuerdo parcial o total, obtenga la reacción de la otra persona a su respuesta ("¿qué piensa usted de esto?") y, si es posible, intente llegar a un acuerdo, pero sin forzar al otro.
- Si no le ha gustado el modo en el que el otro le ha formulado la crítica, dígame que acepta sus opiniones críticas, pero que le gustaría que la próxima vez se las expresara de otra forma; especifique lo que no le ha gustado y cómo preferiría que se hiciera. En aquellos casos en que el otro esté muy airado, puede hacerle ver esto y posponer la discusión de la crítica hasta que se calme.
- Existe una serie de respuestas típicas ante la crítica que suelen ser contraproducentes:
 - Pasar por alto la crítica, negarse a discutirla, cambiar de tema o irse.
 - Negar la crítica o disculpar nuestra conducta y minimizar sus efectos negativos.
 - Contraatacar con otra crítica.
 - Insultar o amenazar al otro.

Cuadro 4.22. Guías para dar explicaciones sobre una situación comprometida (uno es total o parcialmente inocente)

Por ejemplo, un amigo le culpa por no haberle ayudado en una situación difícil, pero usted no recibió el mensaje que dejó.

- Actúe cuanto antes pueda.
- Explique verbalmente la verdadera situación. Una explicación niega, aclara o justifica una acción de al menos uno de cuatro modos que van de la eliminación total a la eliminación parcial de la culpa. Estos cuatro modos son:
 - Negar toda responsabilidad o que uno realizara cierta acción (p. ej., "yo no lo hice", "yo no tuve nada que ver en ello").
 - Aclarar que la acción fue malinterpretada (p. ej., "no sucedió de ese modo").
 - Aclarar que la acción fue hecha con toda inocencia, sin malicia (p. ej., "no me di cuenta de que...").
 - Aclarar que la acción fue realizada bajo circunstancias que disminuyen la responsabilidad (p. ej., "no pude evitarlo").
- Las dos últimas explicaciones deben ir acompañadas de una disculpa, mientras que la primera nunca. La segunda puede ir acompañada de una disculpa según cual sea la situación.
- Si ha de disculparse, adopte una expresión seria y un volumen de voz medio. Diga que lo siente, reconozca su parte de responsabilidad, reconozca cómo se siente el otro, exprese cómo se siente usted (avergonzado, culpable, triste), prometa que no volverá a ocurrir y, si es el caso, ofrézcase a corregir o compensar el posible daño causado.
- Si el otro exige más disculpas, discúlpese de nuevo brevemente y cambie de tema.
- Si el otro exige aún más disculpas o explicaciones, diga que ya se ha disculpado y dado explicaciones y que no quiere hablar más del tema. Emplee conductas no verbales y vocales asertivas: mirada directa, orientación cara a cara, expresión seria, voz firme y elevada, inclinación hacia delante.

B) Modelado

Según los casos, el análisis anterior o las instrucciones pueden ser suficientes antes de que el paciente ensaye; por ejemplo, puede bastar con decirle que hable más alto o que mire más tiempo. Sin embargo, en otros casos se combinan con modelado. Éste es especialmente útil cuando están implicadas respuestas no verbales y vocales o respuestas difíciles de explicar. Con otros tipos de respuestas puede ser más eficiente reservar el modelado para después del ensayo conductual sólo cuando el paciente no se haya desempeñado bien en éste.

El modelado consiste en la demostración clara y sencilla por parte de uno o varios modelos de cómo se ponen en práctica las respuestas a aprender, respuestas a las que se ha dirigido la atención mediante los comentarios previos oportunos; la demostración puede repetirse las veces que sea necesario. Sin embargo, en ocasiones el modelo muestra dos tipos de *comportamientos contrapuestos* con el fin de poder contrastar sus efectos. En la primera de las actuaciones no cumple, ya sea por defecto o por exceso, las normas incluidas en las instrucciones; en la segunda, muestra un comportamiento adecuado ya sea desde el principio (modelo de dominio) o tras momentos de relativa dificultad y vacilación (modelo de afrontamiento).

El modelado puede ser en vivo (un miembro del grupo sin problemas en el aspecto a entrenar, un colaborador o el terapeuta) o simbólico (vídeo, cinta de audio). Es más eficaz que haya varios modelos (lo que permite observar una variedad de estilos) y que los modelos sean figuras realistas de referencia y que reciban reforzamiento social por la conducta a entrenar. El que los miembros del grupo actúen como modelos tiene ventajas tales como ser figuras más cercanas que el terapeuta para el paciente y darles la oportunidad de actuar de forma competente.

Tras el modelado, se comenta la actuación o actuaciones del modelo, se analizan las señales y elementos conductuales seleccionados presentes en cada una de ellas, se discuten las repercusiones de la actuación o actuaciones del modelo y se pregunta al paciente en qué medida cree que es aplicable en su caso la actuación adecuada del modelo. Es importante que el paciente no tome la conducta del modelo como la única forma adecuada de comportarse, sino como una de las maneras en que puede ejemplificarse un principio general de actuación en una situación particular.

Cuando tiene lugar el modelado en vivo, el paciente puede representar o no el papel de la otra persona en la interacción. En el primer caso, tiene lugar una *inversión de roles* y el paciente tiene la oportunidad de experimentar cómo afectan probablemente a los otros las conductas modeladas. Puede comprobar así que los demás no se van a tomar tan mal, por lo general, muchas intervenciones. De todos modos, algunos autores han señalado que, salvo que el problema del paciente sea el comportamiento agresivo, la inversión de roles puede hacer más difícil la conducta asertiva y fortalecer las cogniciones negativas.

Finalmente, es útil que el paciente, cuando se encuentre en su medio natural, se fije en la actuación de personas importantes para él y competentes en los aspectos entrenados en cada momento. De este modo, tendrá otros modelos de cómo comportarse y que le pueden servir de guía durante su práctica en la vida real.

C) Ensayo conductual

Tras simular o recrear la situación física considerada del modo más realista posible en la consulta (por ejemplo, presencia de bebidas y música si se supone que el lugar es un bar musical), el paciente ensaya el papel requerido intentando seguir las pautas acordadas o las instrucciones recibidas y el ejemplo ofrecido por el modelo; los otros papeles son representados por otros miembros del grupo o por el terapeuta. A veces, la situación a ensayar implica la interacción con una persona particular que sólo el paciente conoce; si el paciente piensa que las reacciones de esta persona no llegan a ser bien representadas por el terapeuta o algún miembro del grupo, a pesar de las informaciones que ha dado, una posibilidad es que el paciente represente alternativamente tanto su propio papel como el de la otra parte que interviene en la situación. Cuando represente a la otra persona, el paciente debe cambiar de lugar y colocarse en otro punto espacial.

Mediante los ensayos, el paciente perfecciona su ejecución, reduce su emoción negativa y allana el camino para su desempeño en la vida real. Si el tratamiento es en grupo y hay dos terapeutas y dos pacientes que están trabajando la misma habilidad, puede descomponerse el grupo en dos para ganar tiempo. Si los grupos son grandes, faltan terapeutas auxiliares y se desea que

todo el mundo ensaye más una determinada habilidad, se han propuesto dos soluciones: a) Los pacientes ensayan por parejas y el terapeuta observa a intervalos a las distintas parejas. b) Descomponer el grupo en tríos de práctica de modo que uno de los pacientes haga de *entrenador suplente*; luego, se intercambian los papeles de modo que todos actúan como paciente, interlocutor y entrenador.

Puede ser útil hacer que el paciente *ensaye mental o encubiertamente* antes del ensayo conductual para facilitar la implicación en la situación y la ejecución. Con el mismo fin, algunos terapeutas hacen que los pacientes practiquen brevemente por parejas o tríos antes de ensayar delante de todo el grupo. También puede ser útil que antes de ensayar su comportamiento en una situación simulada o de practicarlo en la vida real, el paciente emplee internamente *autoverbalizaciones* pertinentes a su ejecución motora ("recuerda, sé firme"), pensamientos ("probablemente, él no se enfadará por esto y si lo hace, lo siento, pero creo que exagera") o respuestas somáticas ("voy a respirar lentamente"). La finalidad de estas autoinstrucciones es guiar la conducta del paciente y enseñar reglas generales para facilitar la generalización y el mantenimiento de lo aprendido. Si es necesario, las autoverbalizaciones pueden escribirse en una pizarra para que el paciente pueda consultarlas.

Durante el ensayo el terapeuta puede ir proporcionando retroalimentación positiva y correctiva de modo verbal o no verbal (como asentir, ponerse la mano tras la oreja para indicar que se hable más alto o sugerir algún tipo de respuesta verbal). Si la retroalimentación no puede darse concisamente sobre la marcha y se detectan aspectos importantes a corregir, hay que suspender el ensayo y discutir los aspectos pertinentes.

D) Retroalimentación y reforzamiento

Terminado o suspendido el ensayo, el paciente recibe retroalimentación y reforzamiento de sí mismo, de los miembros del grupo y del terapeuta. La *retroalimentación* se refiere a la información resultante de la ejecución y que es percibida por el paciente ya sea directamente o a través de la información (verbal, escrita, visual) proporcionada por otras personas o por medios mecánicos.

Una buena retroalimentación debe ser específica, positiva (señalar lo que está bien hecho), correctiva (señalar en plan de sugerencias lo que conviene mejorar y cómo), limitada a los aspectos que se están entrenando o han sido ya entrenados, no categórica, precisa y concisa.

La retroalimentación debe ser integrada con el *reforzamiento social* en forma de elogio al paciente por su intento, esfuerzo y mejoras, aunque estas últimas sean pequeñas. El reforzamiento social de tipo verbal o no verbal (sonrisas, asentimientos de cabeza, palmadas en la espalda, aplausos, etc.) ayuda a mantener la motivación. Sin embargo, no conviene dar reforzamiento si el paciente se estanca; en este caso hay que localizar y corregir las causas del estancamiento. Con algunos pacientes —por ejemplo, niños, pacientes psiquiátricos institucionalizados— será necesario complementar el reforzamiento social con otro tipo de reforzadores (de actividad, materiales). Finalmente, el reforzamiento por parte de otros no debe hacer olvidar la conveniencia de desarrollar también la capacidad de autorreforzamiento del paciente.

La retroalimentación y el reforzamiento pueden provenir de diversas fuentes:

- *Del propio paciente.* El paciente evalúa explícitamente la adecuación de los aspectos que se están trabajando, además de informar del tipo y nivel de emoción experimentada. Esta evaluación puede hacerle más sensible a su conducta y facilitar el registro de ésta y la aplicación de medidas correctoras entre sesiones. Conviene que, por lo general, el paciente sea el primero en dar retroalimentación. Si los miembros del grupo, incluido el paciente, tienen problemas para dar una buena retroalimentación, la retroalimentación del terapeuta puede preceder a la de los demás en una primera sesión.
- *De los otros miembros del grupo y del terapeuta.* Conviene que los otros miembros del grupo hablen antes que el terapeuta para que no se guarden sus comentarios o los modifiquen de acuerdo con lo oído al terapeuta. La retroalimentación por parte de los miembros del grupo aporta diversos puntos de vista y valoraciones, permite detectar cosas que quizá se le hubieran pasado por alto al terapeuta

y resulta más creíble y aceptable para el paciente. Tras escuchar la retroalimentación de los otros miembros, referida a los aspectos que se están entrenando, el terapeuta ratifica, completa, matiza o corrige los comentarios hechos. Es fundamental que el terapeuta vigile para que todos den retroalimentación según las pautas recomendadas. En el caso de retroalimentaciones claramente incorrectas o de cariz negativo, debe intervenir lo más pronto posible para corregir la información ya sea directamente o a través de una discusión de grupo. Tras la retroalimentación de los miembros del grupo y del terapeuta, conviene solicitar al paciente que haga un resumen de lo que ha asimilado y que, de ser correcto, lo tenga en cuenta en el próximo ensayo.

Aparte de su función de señalar lo que está bien y lo que conviene corregir y cómo, la retroalimentación entre miembros del grupo tiene otras consecuencias positivas: hace que los pacientes interactúen entre sí y se impliquen en el entrenamiento, favorece la integración de los mismos en el grupo y facilita que el que da retroalimentación siga sus propios consejos cuando le llegue la ocasión. Además, los pacientes desarrollan una habilidad social que es básica en las relaciones sociales.

- *De cintas de audio y vídeo.* Puede emplearse como apoyo de las fuentes anteriores o para clarificar aspectos sobre los que existe contradicción. La retroalimentación mediante vídeo es preferible a la de audio al incluir la información no verbal. La reproducción audiovisual debe ser comentada y puede ser valorada en éste orden: paciente, otros miembros del grupo, terapeuta. Si se carece de medios, una opción es que el terapeuta u otra persona repita la representación del paciente para que éste vea su actuación tal como aparece a los ojos de los demás. Es muy importante que a la hora de ver el vídeo se instruya al paciente para que se mire a sí mismo como miraría a un extraño, fijándose sólo en lo que ve y oye en la cinta, e ignorando explícitamente lo que siente. De este modo, se minimiza la tendencia a centrarse en aspectos internos de sí mismo, que pueden ser evocados por la visión de la cinta, y se facilita una percepción más acorde con la imagen que ven los demás.

La retroalimentación audiovisual puede tener efectos negativos al comienzo del tratamiento para aquellos pacientes que manifiestan claros y diversos aspectos problemáticos. En estos casos conviene posponer esta retroalimentación hasta que mejoren dichos aspectos o proporcionar retroalimentación positiva y constructiva al paciente a medida que se va viendo la cinta.

Si es necesario, se repite el modelado, ensayo y retroalimentación —o sólo estos dos últimos— las veces que sea necesario hasta que el paciente, terapeuta y demás miembros del grupo estén satisfechos con la ejecución de las respuestas entrenadas y el paciente no haya necesitado ayudas (o éstas hayan sido mínimas) y haya sabido manejar su reacción emocional. En ensayos sucesivos no es necesario ni conveniente que el paciente reproduzca con más o menos exactitud las respuestas enseñadas y modeladas inicialmente, si es que esto ha sido así. Puede elaborarlas o cambiarlas en función de su propia experiencia siempre que se adecuen a la situación considerada.

Dominados los componentes trabajados, se pasa a otros componentes problemáticos ya identificados desde el inicio (y todavía presentes) o que se han puesto de manifiesto en ensayos posteriores. Superados todos estos componentes, se completa la situación total si ésta se había segmentado. Dominada una situación problemática —lo que implica no sólo una ejecución habilidosa, sino también que el paciente pueda actuar con poca o ninguna emoción negativa— se pasa a la siguiente situación de la jerarquía y se sigue el proceso descrito.

Es fundamental que a la hora de trabajar las distintas situaciones se considere no sólo que todo va a desarrollarse bien, sino también la *posibilidad de que el otro reaccione de forma negativa* (rechazo, insolencia, desprecio, culpabilización, beligerancia, irritación, descortesía, desinterés) y preparar al paciente para que considere y ensaye una gama de contrarrespuestas que le permitan manejar dichas reacciones. En relación con esto, existe una serie de respuestas manipuladoras que los otros pueden emplear para bloquear y atacar las respuestas asertivas (refrse, culpar, atacar, retrasar el cumplimiento de algo, interrogar, autocompadecerse, buscar sutilezas, amenazar, negar lo que se ha hecho). Caballo (1993: 267-271) describe diversas estrategias que pueden utilizarse para oponerse a dicha manipulación.

E) *Práctica real*

Conforme el paciente va dominando nuevas respuestas y situaciones en la consulta, se le pide que pase a practicarlas en la vida real lo más pronto posible. Para ello se acuerdan una serie de tareas en las que se especifica cuándo, dónde y con quién se va a practicar, y qué es lo que conviene hacer y decir y cómo, teniendo en cuenta las posibles reacciones positivas y negativas de los otros. El objetivo inicial es intentarlo, no tener éxito; luego vendrá hacerlo, aunque la ansiedad esté presente; finalmente, podrá perseguirse una buena ejecución con poca ansiedad.

Para facilitar la práctica en la vida real, el paciente puede *ensayar mental o encubiertamente* antes de la misma lo que va a hacer y decir, y emplear internamente *autoverbalizaciones* pertinentes a su actuación, pensamientos y control somático. Otro medio útil, especialmente para situaciones nuevas (no ensayadas en la consulta) o complicadas, es escribir y ensayar un guión para actuar como una persona no tímida en las situaciones a afrontar; este guión debe incluir las posibles respuestas de la otra parte y cómo uno responderá.

Cada sesión se comienza con un repaso de cómo le fue a cada paciente en la realización de las tareas acordadas. El terapeuta alaba los esfuerzos y mejoras del paciente, corrige sus errores, le alienta para seguir practicando, destaca las consecuencias positivas de las nuevas conductas adquiridas o desinhibidas y fomenta que el paciente se autorrefuerce por sus logros y progresos. El reforzamiento y retroalimentación por parte del resto del grupo son también esenciales. La *revisión de la práctica* tiene un gran componente motivacional y además permite ajustar tanto los ensayos como las prácticas posteriores.

F) *Dificultades en el entrenamiento en habilidades sociales y soluciones*

- *El paciente no acaba de entender en qué consiste realmente el ensayo conductual.* Esto es fácil de resolver con una demostración o dos por parte del terapeuta.
- *El paciente objeta que se aprende a representar un papel, pero no se produce un cambio real.* Puede decirse que como en cualquier aprendizaje hay una sensación de arti-

ficialidad al principio, pero finalmente, uno se acaba comportando con naturalidad. Pueden ponerse ejemplos de aprendizajes pasados del paciente (conducir un coche, bailar, intervenir en una reunión, manejar un ordenador).

- *El paciente dice que le da vergüenza hacer los ensayos o que no los hará bien.* En muchos casos este problema se soluciona con el modelado por parte del terapeuta, comenzando por una situación no problemática que no ofrezca dificultades y enfatizando que lo importante es ir practicando, no hacerlo ya bien de entrada. En otros casos puede ser necesario un enfoque más gradual: el paciente podría comenzar haciendo papeles auxiliares en los ensayos de otros miembros o realizando ensayos en pareja o trío antes de actuar ante el grupo grande. Otra posibilidad es seguir los siguientes pasos: paciente dice lo que haría, terapeuta lo representa, paciente lo ensaya encubiertamente y paciente lo representa.
- *El paciente trata de evitar o posponer la participación en los ensayos haciendo numerosas preguntas sobre características de la situación y personas implicadas.* Se explica al paciente que una cierta información es básica, pero que no es necesario conocer otros muchos detalles. Luego, se le pide que inicie el ensayo.
- *El paciente se niega a participar en el ensayo a pesar de todo.* En estos casos, el paciente se prepara en las sesiones mediante discusiones detalladas de cómo pueden manejarse las situaciones o mediante ensayos encubiertos, y luego pasa a practicar en vivo en su medio natural. En los ensayos encubiertos mencionados el paciente se imagina en la situación problemática y luego se imagina también respondiendo de modo adecuado. El paciente puede verbalizar inicialmente en voz alta lo que sucede mientras ensaya la respuesta en su imaginación para que el terapeuta pueda juzgar lo adecuado de su comportamiento y ofrecerle retroalimentación y reforzamiento.
- *El paciente se ajusta rígidamente a lo dicho y modelado por el terapeuta, esto es, lo imita literalmente.* Aunque esto puede admitirse inicialmente, se le explica que él debe encontrar su propio modo de proceder, de modo que se sienta cómodo con las palabras que emplea y acciones que realiza.

Otras dificultades que pueden surgir, relativas a los componentes de reestructuración cognitiva y exposición implicados en el entrenamiento en habilidades sociales, fueron ya expuestas al hablar de dichas técnicas.

4.4.5. Entrenamiento en respiración controlada

La respiración controlada es un procedimiento muy eficaz para reducir la activación y afrontar la ansiedad. La técnica puede aprenderse en unas 3 semanas y consiste en aprender a respirar de un modo lento (8 o 12 respiraciones por minuto), no demasiado profundo y empleando el diafragma en vez de respirar sólo con el pecho (véase el cuadro 5.2). Se pide al paciente que empiece a respirar sentado siguiendo las pautas dadas y el ritmo de una cinta. Durante la respiración, se le alienta ("muy bien", "eso es") y, si es necesario, se le da retroalimentación. Por ejemplo, si un paciente respira demasiado profundamente y fuerza su respiración, hay que pedirle que *a)* intente sincronizar poco a poco con el ritmo de la cinta, y *b)* reduzca gradualmente la profundidad de la respiración.

Una vez que el paciente haya seguido la cinta fácilmente durante 4 minutos, se para la cinta y se le pide que continúe respirando al mismo ritmo lento y regular durante otros 4 minutos. El objetivo es que aprenda poco a poco a prescindir de la cinta. Terminada la práctica, se pregunta al paciente cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. A continuación se explican las adiciones útiles al procedimiento de respiración controlada que están descritas en el punto 7 del cuadro 5.2 y se dice al paciente que, si lo desea, puede adoptar alguna de ellas durante la siguiente práctica de la respiración controlada, la cual hace 3 minutos con ayuda de la cinta y 3 minutos por sí solos. Como actividad para casa, el paciente practica sentado la respiración controlada dos veces al día, a razón de 6 minutos cada vez; los 3 primeros minutos de cada vez pueden ser con ayuda de la cinta y los siguientes 3 minutos, sin dicha ayuda. Durante los cuatro primeros días, el paciente debe practicar con los ojos cerrados y los días restantes con los ojos abiertos. Como en todas las actividades para casa, el paciente completa un autorregistro que es revisado al comienzo de la siguiente sesión.

Durante la siguiente semana se revisa si el paciente sabe respirar de modo controlado en posición sentada, se refuerzan los avances y se da la retroalimentación correctiva necesaria. De ser necesario, se sigue con el entrenamiento en esta posición, pero si no, se pasa al entrenamiento en posición de pie, 3 minutos con ayuda de la cinta y 3 minutos sin ella. Como actividad para casa, el paciente practica de pie dos veces al día, a razón de 6 minutos cada vez; los 3 primeros minutos de cada vez pueden ser con ayuda de la cinta y los siguientes 3 minutos, sin dicha ayuda. Durante la siguiente sesión, se comprueba si el paciente sabe respirar controladamente mientras está de pie y como actividad para casa se le pide practicar la respiración controlada una vez al día, durante 5 minutos, sin ayuda de la cinta. Puede practicar en lugares no tranquilos, los primeros días sentado y los siguientes de pie. El paso final es comenzar a aplicar la respiración controlada en situaciones reales.

Si se considera necesario enseñar al paciente a relajarse, en Bados (2000) puede consultarse cómo llevar a cabo paso a paso el *entrenamiento en relajación aplicada*; además, la descripción del procedimiento viene acompañada por un manual para el paciente.

4.4.6. Programa de mantenimiento

Es conveniente, una vez terminado el entrenamiento formal, poner en marcha durante unos pocos meses un programa de mantenimiento supervisado (por correo y teléfono) que aliente la exposición continuada a las situaciones temidas para conseguir reducir aún más la ansiedad, perfeccionar las habilidades correspondientes o ambas cosas. El programa de mantenimiento se presenta en la última sesión e incluye:

- *Breve revisión* con el paciente de los problemas iniciales de éste y de la justificación, componentes y resultados del tratamiento aplicado. Puede pedirse al paciente en la sesión anterior que escriba cuáles son los factores que mantienen la ansiedad social, qué ha aprendido para manejarlos y qué puede seguir haciendo en el futuro al respecto.

- *Explicación y justificación del programa* de mantenimiento. Se enfatiza la necesidad de seguir practicando para mantener o mejorar los cambios conseguidos. Especialmente importante en personas que carecen de un empleo estable o se encuentran aisladas es el mantenimiento o potenciación de cambios del estilo de vida del paciente, tales como obtener o retomar un empleo, ampliar o mantener sus contactos con conocidos y otras personas; establecer amistades más íntimas, participar en trabajos de voluntariado o en grupos de aficiones, etc.
- Distinción entre *contratiempo* (paso temporal hacia atrás), *recaída parcial* (vuelta parcial y permanente hacia atrás) y *recaída total* (vuelta total y permanente hacia atrás). Un contratiempo es un fallo temporal en manejar una situación en la cual uno había experimentado ansiedad, pero que había logrado manejar tras el tratamiento durante bastante tiempo; un ejemplo sería abandonar una situación tras experimentar una fuerte ansiedad. Un contratiempo puede transformarse o no en una recaída según como se maneje.
- Revisión con el paciente de las *situaciones de alto riesgo* para los contratiempos: experiencias sociales propias o ajenas vividas como muy negativas (ataques de pánico, bloqueos, ansiedad intensa, críticas fuertes), períodos de estrés (laboral, familiar), acontecimientos vitales negativos (por ejemplo, muerte de un ser querido, enfermedad grave, cese de una relación), sentirse *aliviado* cuando se cancelan o posponen ciertas situaciones sociales. Estar avisado de estas situaciones facilita afrontarlas en caso de que surjan.
- Elaboración de una lista individualizada de *estrategias útiles para afrontar las situaciones de alto riesgo y los posibles contratiempos*: recordar que un contratiempo no es una recaída, no dejar que el contratiempo se generalice a otras situaciones, revisar las habilidades aprendidas (reestructuración, respiración), volver a la situación problemática lo más pronto posible (o a una más fácil si es preciso) y seguir practicándola hasta lograr manejarla con poca ansiedad y sin conductas defensivas, continuar con la exposición continuada a otras situaciones temidas, buscar apoyo social, solicitar nuevo contacto con el terapeuta si lo anterior falla.

En el caso de los períodos de estrés y de los acontecimientos vitales negativos, habrá que identificar formas de manejarlos. Por otra parte, si se sigue una perspectiva cognitivo-conductual, puede hacerse un ensayo de contratiempo en el que el terapeuta expresa los pensamientos negativos más importantes del paciente y éste responde de forma más adecuada.

- *Acuerdo contractual*, verbal o escrito, entre paciente y terapeuta que especifique las obligaciones de cada uno.
- *Compromiso del paciente con una persona significativa* respecto a la exposición continuada a las situaciones temidas.
- *Autorregistro* del cumplimiento de actividades de exposición. Este autorregistro es enviado al final de cada mes al terapeuta, el cual telefonea al paciente para discutir brevemente la práctica del mes precedente. Las actividades de exposición se extienden a lo largo de 6 meses.

4.4.7. El empleo de grupos

La terapia puede aplicarse en forma individual o en grupo. Muchos fóbicos sociales pueden mostrar una resistencia inicial a que el tratamiento sea en grupo. Hay que reconocerles que aunque inicialmente lo pueden pasar algo mal (ya que es una situación social que puede ser temida), este malestar desaparecerá pronto. Además, hay que recalcar las ventajas que les supondrá el tratamiento en grupo y que no se verán obligados a hacer nada que no quieran. Otra cuestión importante que debe enfatizarse con los pacientes renuentes al tratamiento en grupo es la posibilidad de sesiones individuales complementarias de ser necesarias. Si a pesar de todo, un paciente no acepta ser tratado en grupo, debe ofrecérsele tratamiento individual. Las *ventajas* de que la intervención se realice en grupo son:

- Muchas interacciones sociales pueden simularse de modo más realista. Para otras, el grupo proporciona un contexto social real (por ejemplo, contradecir o elogiar a alguien conocido, decir no a una petición, conversar en una situación de reunión).

- El contexto de grupo permite, hasta cierto punto, poder poner a prueba los errores cognitivos sobre las percepciones de los demás. Además, al ver cómo los otros miembros se evalúan negativamente a sí mismos a pesar de una actuación adecuada, es más fácil reconocer que la propia autoevaluación puede estar sesgada. Por otra parte, hay varias personas para proporcionar evidencias que puedan rebatir los pensamientos negativos o erróneos.
- Los pacientes descubren o aprecian más claramente que sus problemas no son únicos, que hay otras personas que también los experimentan.
- Las expectativas de mejora pueden aumentar, ya que en la terapia individual las esperanzas inducidas pueden verse simplemente como parte del trabajo del terapeuta.
- Si en el grupo existen diversos niveles de competencia, el paciente puede obtener una mejor perspectiva de los progresos que ha hecho y de lo que aún le falta por hacer.
- Los pacientes que tienen o han adquirido cierta competencia pueden actuar como modelos en lugar del terapeuta. Estos modelos son más cercanos, tienen más cosas en común con los otros pacientes que las que tiene el terapeuta. Además, hay más posibilidades de emplear modelos múltiples. Asimismo, el progreso de cada paciente puede servir de modelo para los demás.
- Los miembros del grupo proporcionan retroalimentación y reforzamiento. Se consigue así un mayor impacto que cuando ambos son dados sólo por el terapeuta.
- La motivación de los pacientes aumenta debido al compromiso público delante del grupo, a la presión del grupo para practicar, a la aprobación del grupo por los esfuerzos y progresos y a la observación de los progresos de los otros.
- Se facilita la independencia respecto al terapeuta y la confianza en los propios recursos.
- Los miembros del grupo pueden apoyarse o ayudarse mutuamente dentro y fuera de las sesiones para alcanzar las metas del tratamiento. Por ejemplo, pueden recordarse las tareas a realizar, pueden practicar por parejas o tríos para observarse y darse retroalimentación mutuamente o un miembro con determinada habilidad puede ayudar a otro carente de dicha habilidad durante la práctica.

- Se facilita la generalización debido a la variedad de participantes con los que el paciente puede ensayar y al mayor realismo de muchas situaciones representadas.
- En comparación a la terapia individual, es más frecuente que se genere un mayor número de soluciones alternativas a las situaciones problemáticas a partir de la discusión en grupo.
- Una vez que el grupo alcanza un acuerdo por unanimidad (consenso) o mayoría sobre las respuestas apropiadas en cada situación, la credibilidad de estas respuestas aumenta o se reafirma, ya que varias personas concuerdan sobre su conveniencia.
- La situación de grupo permite observar directamente la conducta del paciente en una variedad de situaciones interpersonales. En cambio, en la terapia individual, el terapeuta sólo observa el comportamiento del paciente respecto a una sola persona, el propio terapeuta.
- El terapeuta economiza tiempo y esfuerzo al atender a más personas en la misma sesión y contar con la ayuda del grupo.
- Se ofrece tratamiento a más pacientes y a un menor costo.

El empleo de grupos también presenta inconvenientes:

- Algunos miembros pueden ofrecer como modelo comportamientos negativistas, inadecuados o de excesiva tensión, los cuales pueden contagiarse.
- En ocasiones la retroalimentación y consejos proporcionados por algún/os miembros del grupo pueden ser inadecuados. Al terapeuta le toca controlar tal retroalimentación y también erradicar las críticas destructivas cuando las haya. En esto pueden colaborar también otros miembros del grupo.
- La comparación con otros miembros del grupo puede tener efectos adversos. Algún paciente puede concluir que sus miedos son los peores o que es el menos habilidoso. Otro puede estar celoso del progreso de los otros —hay que explicar que los problemas de los pacientes no pueden ser comparados— o puede desmotivarse al comparar los propios avances con los de los demás.

- La situación de grupo puede poner ansiosos a algunos pacientes, especialmente a aquellos con fobia social severa.
- Puede perderse la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales. Una solución consiste en complementar las sesiones de grupo con sesiones individuales. En otros casos, será más conveniente para un paciente recibir tratamiento individual únicamente.
- Puede llegar a crearse un grado de cohesión tal dentro del grupo que algunos pacientes puedan solucionar sus necesidades afiliativas básicas con un mínimo de esfuerzo y dentro del mismo grupo, sin necesidad de poner en práctica muchos de los recursos aprendidos o sin intentarlo en situaciones más demandantes o difíciles.

La recomendación más generalizada es aplicar el tratamiento en grupo, aunque el tratamiento individual es igual de eficaz. Sólo en casos especiales (excesiva ansiedad social, conducta muy deficitaria, problemas muy particulares) se aplicaría un tratamiento individual y, siempre que fuera posible, se pasaría a uno grupal una vez alcanzado cierto nivel. De todos modos, el tratamiento grupal no es adecuado para pacientes prolijos, agresivos, paranoides, narcisistas, no motivados o que exigen una gran atención, ya que no se van a beneficiar del grupo o van a retrasar o impedir el progreso de éste. Similarmente, otros pacientes inadecuados para el tratamiento en grupo pueden ser los fóbicos sociales severos (estarán tan ansiosos que no cumplirán el tratamiento o lo abandonarán), los depresivos graves (no se van a implicar y pueden desmoralizar a los demás), aquellos con trastorno de personalidad límite y los que abusan de los tranquilizantes o del alcohol.

El tamaño del grupo puede ser de 4-6 personas, lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta, dificultar o trivializar las interacciones del grupo o favorecer la aparición de miembros aislados. Seis pacientes es el tamaño ideal, ya que permite que cada paciente reciba atención centralizada en sesiones alternas y si fallan una o dos personas, todavía se dispone de un grupo adecuado para trabajar.

Es buena idea contar con un coterapeuta, que puede ser un paraprofesional, ya que el trabajo para un solo terapeuta será difi-

cil y cansado. Para grupos más grandes de 6 pacientes, los dos terapeutas parecen necesarios. Si son de distinto sexo, se tienen las ventajas de contar con diferentes perspectivas y de disponer en ciertos ensayos conductuales (por ejemplo, citas) de un colaborador de cualquiera de los dos sexos; esto es especialmente útil cuando los pacientes son de un solo sexo o están demasiado ansiosos para participar o sus reacciones resultan demasiado impredecibles.

Las sesiones de grupo suelen durar 2-2,5 horas, pero pueden reducirse a 30-45 minutos con aquellas personas que presentan dificultades de concentración (por ejemplo, pacientes esquizofrénicos o deficientes mentales). Se recomienda que los pacientes sean similares en ciertas características importantes (nivel sociocultural, intervalo amplio de edad) y que el grupo esté relativamente equilibrado en cuanto a variables como sexo y severidad de la fobia social. Si una persona difiriera marcadamente del resto, podría abandonar el tratamiento. De todos modos, no hay evidencia clara al respecto. Por otra parte, Echeburúa (1995) ha recomendado que los pacientes se sienten en lugares diferentes en cada sesión, para facilitar así la interacción con diferentes miembros del grupo, y que las revisiones de las actividades entre sesiones y los ejercicios comiencen en cada sesión en un orden aleatorio con el fin de que los pacientes no puedan predecir cuándo les tocará intervenir. Finalmente, es útil, aunque complicado, invitar a participar en el grupo a personas ajenas al mismo o a miembros de otros grupos para crear situaciones más realistas y favorecer la generalización.

La primera actividad en un grupo es que los terapeutas se presenten ante el grupo y que cada miembro del grupo se presente también ante el mismo. Cada paciente puede decir su nombre y proporcionar información sobre dónde trabaja, a qué se dedica, con quién vive y cuáles son sus aficiones. Aparte de las presentaciones iniciales, se requiere que el grupo conozca y se atenga a ciertas normas para lograr un funcionamiento adecuado: consentimiento voluntario, confidencialidad de lo tratado en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, asistencia a las sesiones, puntualidad y realización de las actividades terapéuticas. En sesiones posteriores conviene dedicar un poco de tiempo al comienzo para hablar de temas informales, romper el hielo y ayudar a la cohesión del grupo.

Cuadro resumen

Dada la frecuente existencia de *comorbilidad*, es necesario llevar a cabo un análisis previo para decidir qué problemas conviene abordar y en qué orden. Por lo que se refiere al tratamiento de la fobia social, se persigue corregir las expectativas e interpretaciones negativas, aprender a concentrarse en la tarea, reducir significativamente las conductas defensivas y de evitación y la ansiedad social, y aprender a comportarse habilidosamente en las situaciones en que se requiera.

Por lo que se refiere al tratamiento psicológico, las técnicas más investigadas y más eficaces son la exposición (especialmente en vivo, pero también simulada e imaginaria) y la reestructuración cognitiva combinada con exposición. El entrenamiento en habilidades sociales parece eficaz, pero limitaciones metodológicas importantes en los estudios realizados impiden extraer conclusiones firmes.

Los programas más actuales tienden a combinar varios procedimientos: exposición, focalización de la atención en la tarea o interacción social, reestructuración cognitiva y, según los casos, respiración controlada, relajación o entrenamiento en habilidades sociales. No está claro que la adición de reestructuración cognitiva a la exposición dé lugar a mejores resultados. Tampoco lo está que sea útil adaptar el tratamiento al perfil de respuesta del paciente.

El tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social es más eficaz que el no tratamiento y, según los casos, el placebo en medidas de ansiedad social, evitación de situaciones sociales, cogniciones disfuncionales, activación fisiológica y depresión. Los porcentajes de fóbicos sociales mejorados oscilan entre el 60 y el 80% de los pacientes tratados con las intervenciones más eficaces y los resultados se mantienen. Sin embargo, el 13-17% de las personas rechazan el tratamiento y el 10-14% lo abandonan. El porcentaje de pacientes que alcanzan un elevado estado final de funcionamiento ronda probablemente el 25%.

Hay pocos estudios de seguimiento y éstos han sido llevados a cabo con pacientes moderadamente deteriorados, pero no con los casos más severos. Al menos el 25% de los pacientes reciben tratamiento adicional para su fobia social durante el período de seguimiento. No hay predictores claros de éxito terapéutico, aunque un firme candidato es la reducción del miedo a la evaluación negativa.

En cuanto a la terapia farmacológica, los IMAOs (fenelcina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (paroxetina, fluvo-

xamina) son eficaces a corto plazo e incluso de efectos más rápidos que la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, el mantenimiento de los resultados, una vez retirado el fármaco, es pobre. Se aconseja que la medicación se tome al menos durante un año, pero no hay datos sobre qué ocurre cuando se discontinúa tras ese tiempo.

Hoy día, la terapia cognitivo-conductual parece el tratamiento a elegir en primer lugar. Sin embargo, los fármacos citados son útiles como tratamiento de segunda elección o como coadyuvantes cuando el paciente está muy deprimido, presenta una ansiedad social extremadamente alta que dificulta la exposición o necesita una ayuda temporal en un momento de crisis.

Por último, se ha descrito detalladamente tanto un tratamiento de exposición (simulada y en vivo) como una intervención que combina reestructuración cognitiva y exposición. Además, se ha presentado el entrenamiento en habilidades sociales y la respiración controlada, para los casos que sean necesarios, y un programa de mantenimiento de los resultados logrados.

Exposición de un caso clínico

Paula participó en una terapia de grupo para la fobia social junto con otras tres personas, dos de las cuales presentaban el trastorno de forma aún más severa; por ejemplo, una de ellas estaba prácticamente aislada, el mínimo apoyo social que tenía (los padres) reforzaba sus problemas y obtenía importantes ganancias secundarias del trastorno. Para manejar esta situación, estas dos personas recibieron además varias sesiones paralelas a las sesiones de grupo. Por lo que respecta a Paula, participó en 16 sesiones de grupo de 2-2,5 horas de duración y en cuatro sesiones individuales mantenidas respectivamente a mitad de la intervención, al final y en los seguimientos realizados a los 6 y 21 meses. (El grupo fue conducido por las psicólogas Elisabet Puigdollers y Cristina Pujol bajo la supervisión del autor. Quisiera expresarles mi agradecimiento por su excelente trabajo en las difíciles condiciones en que se desarrollaron.)

La intervención incluyó los siguientes componentes: acuerdo sobre la conceptualización del problema, establecimiento de objetivos a conseguir, reestructuración cognitiva, ensayos conductuales (con entrenamiento en habilidades cuando fue necesario), autoexposición en vivo y entre-

namiento en respiración controlada. A continuación se expondrá lo que se hizo, sesión por sesión.

Sesión 1. Cada miembro del grupo tuvo que presentarse y decir algo sobre sí mismo; todos estuvieron bastante nerviosos. Luego, explicaron detalladamente sus miedos sociales y sus metas terapéuticas, tras lo cual se les vio más tranquilos. Lo siguiente fue explicar las reglas básicas de funcionamiento del grupo (puntualidad, asistencia a todas las sesiones, confidencialidad, respeto mutuo), acordar lo que se iba a hacer y llegar a una explicación compartida sobre la fobia social, aunque con las particularidades de cada uno. A partir de las aportaciones hechas por cada miembro, se fueron anotando y relacionado en la pizarra los distintos componentes del trastorno así como los factores que influían en los mismos. •

El modelo explicativo para Paula fue prácticamente igual al presentado en la figura 5.1, aunque con ejemplos extraídos de su experiencia y diferenciando en las conductas de evitación los efectos a corto plazo (alivio temporal de la ansiedad) y medio plazo (mantenimiento de las expectativas negativas y de la evitación). La paciente escribió en una hoja de papel su análisis funcional para poder repasarlo en casa. Finalmente, se comenzó la construcción del Cuestionario de Conductas-Objetivo.

Sesión 2. Tras revisar las dudas relativas al modelo explicativo elaborado en la sesión anterior, se explicaron las distintas técnicas (reestructuración cognitiva, ensayos conductuales, autoexposición en vivo) que se utilizarían para manejar el problema y alcanzar las metas propuestas. Luego, se terminó de elaborar y contestar el Cuestionario de Conductas-Objetivo. Prácticamente todos los objetivos elegidos por Paula fueron de tipo asertivo, aunque, además de los mencionados en el cuestionario, también señaló otros como iniciar conversaciones con desconocidos y manejar la ansiedad asociada a las entrevistas laborales.

El siguiente paso fue introducir la reestructuración cognitiva a partir de un ejemplo en que Paula imaginaba que era llamada a la oficina por su jefe a causa de un error en el trabajo (del cual ella podía sentirse responsable o no). A partir de aquí, se identificaron los pensamientos al respecto (creerse responsable y una mierda), se analizó el impacto de los mismos sobre cómo se sentía (ansiosa, abatida) y actuaba (pedir disculpas, minusvalorarse) y se identificaron formas alternativas de enfocar la situación (atribuir la responsabilidad total o parcialmente a otros factores) así como el distinto impacto que estos nuevos pensamientos tenían.

Luego, se explicó esquemáticamente el procedimiento de la reestructuración cognitiva y se entregó una hoja con los errores cognitivos más frecuentes que suelen cometerse a la hora de pensar (inferencia arbitraria, sobregeneralización, exageración, razonamiento dicotómico, personalización, etc.). Estos errores fueron explicados junto con ejemplos de los mismos y se pidió a Paula que buscara otros ejemplos por su cuenta, ya fueran de ella misma o de otros. El resto de la sesión se dedicó a entrenar a la paciente a completar un autorregistro en el que, al menos dos veces al día, debía completar los siguientes aspectos: a) situación social en que había participado o aquella que había evitado por miedo, b) ansiedad (0-10) y c) pensamientos tenidos y grado de creencia en ellos (0-100).

Sesión 3. Se revisaron los autorregistros completados y se aprovechó para seguir trabajando la identificación de errores cognitivos a partir de los pensamientos anotados. Luego, se hizo un recordatorio de en qué consistía la reestructuración y se pasó a cuestionar uno de los pensamientos del autorregistro (T = terapeuta, P = Paula):

- T: El otro día apuntaste que, al darte cuenta de lo guapo que iba tu novio, te entraron ganas de decírselo, pero no lo hiciste porque creíste que él pensaría que eras una *cursi* por decir esas cosas (grado de creencia: 70%).
 P: Sí, estuve tentada de hacerlo, pero me sentí como una imbécil.
 T: ¿Qué te hace creer que él pudiera pensar eso?
 P: Lo siento así.
 T: De eso no hay duda. Pero ¿que tú lo sientas así quiere decir que él lo piense?
 P: No.
 T: ¿Qué otras cosas podría pensar?
 P: Podría sentirse halagado.
 T: Es muy probable. ¿Alguna vez le has dicho algo bonito y él ha manifestado que le gustaba?
 P: Él tampoco suele ser muy expresivo.
 T: Imaginate que es él quien te dice lo guapa que estás. ¿Pensarías que es *cursi* por eso?
 P: No, pero él es un chico y es más natural que lo diga.
 T: Así que si un chico lo dice, está bien, pero si es una chica, es *cursi*.
 P: (Silencio.)
 T: ¿Conoces chicas que digan a sus novios o amigos este tipo de cosas?
 P: (Pausa.) Sí.

- T: ¿Y piensan ellos que son *cursis* por eso?
 P: Si lo piensan, no lo dicen.
 T: Y sus caras ¿qué dicen? ¿Se ven contentos o ponen caras de haber oído algo inoportuno?
 P: La verdad es que parece que les guste.
 T: Así pues, ¿qué es probable que piense tu novio?
 P: Bueno, a lo mejor le gusta, pero me da mucho corte.
 T: Eso es normal y ya veremos la manera de afrontarlo más adelante. Lo importante ahora es darse cuenta de que las cosas pueden ser distintas de como las vemos. ¿En qué medida crees ahora que tu novio pensará que eres *cursi* si le haces un cumplido?
 P: Quizá un 40%.

A continuación, se explicó a Paula que se seguiría practicando la reestructuración en la siguiente sesión y se le pidió que empezara a cuestionar por escrito alguno de sus pensamientos negativos con la ayuda de una lista de preguntas y un modelo de registro que se le explicaron y entregaron. Estas preguntas, una muestra de las dos primeras categorías del cuadro 4.7, iban dirigidas a examinar la evidencia y utilidad de un pensamiento. Por otra parte, se añadieron dos columnas al autorregistro de la semana anterior (acciones realizadas y reacciones de los otros). Finalmente, de cara a introducir el tema de la asertividad, se entregó para su lectura una hoja con una serie de derechos humanos básicos tales como el derecho a ser asertivo (pero no agresivo) incluso si el otro se siente herido y el derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta; la lista completa puede consultarse en Caballo (1993: 189).

Sesión 4. Se revisaron las reestructuraciones realizadas por Paula de cara a incrementar el dominio de la técnica. Un ejemplo de reestructuración realizado por la paciente en casa puede consultarse en el cuadro 4.23. Paula especificó bien la situación y el pensamiento negativo; ahora bien, no identificó pruebas concretas en contra de la validez del pensamiento, sino que más bien enumeró pensamientos contrarios. Además, el pensamiento alternativo no fue realmente tal, sino un plan de acción (que no llevó a la práctica). Un pensamiento alternativo hubiera sido, por ejemplo: "creo que sé la respuesta correcta y si no lo es, los compañeros no se ríen cuando otro se equivoca en estas circunstancias". Luego vendría la concreción de un plan de actuación congruente con el pensamiento alternativo.

Cuadro 4.23. Reestructuración de un pensamiento negativo llevada a cabo por Paula

Situación. El profesor de... hace una pregunta en clase.

Pensamiento negativo y grado de creencia (0-100%). Seguro que la respuesta que me parece que está bien está mal y se reirán de mí. 90%.

Cuestionamiento del pensamiento negativo.

- Evidencia a favor: Evito meter la pata.
- Evidencia en contra: La verdad es que creo que la respuesta está bien. Posiblemente nadie se reirá. Hay poca gente en clase y es más fácil participar. Si no intervengo, esto reforzará mi baja autoestima. Esta forma de pensar no me ayuda en nada.

Pensamiento alternativo y grado de creencia (0-100%). Puedo probar a decir la respuesta a ver si acierto. 60%.

Grado de creencia en el pensamiento negativo original (0-100%). 60%.

Es interesante destacar que Paula había comenzado a aplicar la reestructuración no sólo a algunas de sus expectativas negativas, sino también a otro tipo de pensamientos que le hacían sentirse culpable o deprimida. Se introdujo un nuevo componente en la reestructuración cognitiva (el examen de lo que pasaría y lo que se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto), el cual fue trabajado con uno de los pensamientos anotados en el autorregistro. Terminado esto, se explicaron y practicaron tres nuevas columnas en el autorregistro: a) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos, b) creencia en los pensamientos negativos originales y nivel de ansiedad subsecuente, y c) acciones a realizar.

Lo siguiente fue discutir la lista de derechos humanos básicos, con los que Paula dijo estar de acuerdo, pero sin atreverse a ejercerlos en muchos casos. Se pasó a explicar y discutir las características y efectos del comportamiento sumiso, asertivo y agresivo (véase Caballo, 1993: 227 y apéndice E). Para facilitar la asimilación, se pidió a Paula que contestara en casa un test de discriminación entre estos tres tipos de comportamientos, compuesto por 45 situaciones. Otras dos cosas que se le

pidieron al final de la sesión fueron: a) seguir reestructurando sus pensamientos negativos con la ayuda de las preguntas entregadas en la sesión anterior y otras dirigidas a examinar lo que pasaría y lo que se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto, y b) ir completando el nuevo modelo de autorregistro.

El último punto de la sesión fue recordar la justificación y modo de proceder del ensayo conductual o exposición simulada integrada con la reestructuración cognitiva. A partir de la jerarquía elaborada en el Cuestionario de Conductas-Objetivo, Paula decidió la primera situación a trabajar: "no dejar los apuntes a una chica que no iba a clase y por la que se sentía utilizada, ya que le adulaba o se hacía la víctima para pedirle una serie de cosas". Esta situación no era de las primeras de la jerarquía en ansiedad, pero sí de las menos evitadas. Se dijo a la paciente que identificara en casa los pensamientos negativos asociados a esta situación y que los reestructurara.

Sesión 5. Tras revisar las actividades entre sesiones, se explicó a los miembros del grupo las pautas para dar retroalimentación a los otros de forma adecuada. Luego, como Paula había hecho una buena reestructuración de los pensamientos asociados con la situación a trabajar, se pasó directamente al ensayo conductual de esta última. Paula fue incapaz de rechazar la petición de apuntes cuando la otra parte insistía, por lo que fue necesario modelar y sugerir alternativas asertivas de respuesta. Una vez hecho esto, y después de tres nuevos ensayos, consiguió decir que no de forma asertiva y mantener su negativa a pesar de la insistencia del otro. Se le pidió que pusiera en práctica lo aprendido la próxima vez que se encontrara con la situación.

Sesión 6. Ésta fue una sesión individual dirigida a revisar los autorregistros y la práctica entre sesiones y a comentar ciertos problemas con la familia y con el novio y también académicos. Por lo que se refiere a la exposición en vivo, Paula no se había vuelto a encontrar con la chica que le pedía los apuntes, pero había aplicado lo aprendido en el ensayo conductual a otra situación. Un compañero de clase le había propuesto quedar en su casa para hacer un trabajo de grupo directamente en ordenador. Paula vio que esto le suponía dos horas de viaje, así que hubiera querido decirle que mejor quedaran en la facultad. Como no se atrevió en ese momento, decidió decírselo al día siguiente. Pero el chico no fue a clase, así que, tras analizar la situación, le llamó a casa por teléfono y le hizo la propuesta alternativa. El chico acep-

tó y Paula quedó muy contenta por haber sido capaz de expresar lo que deseaba.

Al final de esta sesión, se entregaron algunos cuestionarios a Paula para que los contestara en casa. Como puede apreciarse en la columna "Durante" del cuadro 4.25, hubo un progreso, aunque todavía insuficiente. Además, quizá la contestación de los cuestionarios estuvo influida por el estado de ánimo positivo creado a raíz del manejo de la situación asertiva antes comentada.

Sesión 7. Esta sesión se dedicó a ensayos de los otros miembros del grupo con la participación de Paula.

Sesiones 8 a 17. Para la octava sesión, Paula ya había hablado con la chica de los apuntes, le había explicado cómo veía ella la situación y le había dicho que no le volvería a dejar los apuntes; la otra chica se alteró un poco, pero al final se lo tomó bien. Paula estaba muy contenta y siguió con esta tónica de cumplimiento de las autoexposiciones en vivo durante el resto de la intervención.

Las sesiones 8 a 17 se dedicaron principalmente a trabajar situaciones de la jerarquía y algunas otras nuevas tales como iniciar y mantener conversaciones con desconocidos, expresar sus opiniones ante compañeros, plantear temas *delicados* al novio (el cual se enfadaba fácilmente) y manejar las críticas. Esto se hizo mediante exposición simulada integrada con la reestructuración cognitiva y apoyada con entrenamiento en habilidades y uso del vídeo en los casos necesarios. Fuera de sesión, Paula debía aplicar lo aprendido en situaciones reales iguales que las trabajadas o del mismo tipo. Cuando no era capaz de realizar por sí sola antes de la exposición una buena reestructuración cognitiva, ésta era conducida por el terapeuta, tal como puede verse en el cuadro 4.24.

Sólo algunas de las situaciones de la jerarquía se trabajaron en sesión mediante exposición simulada; el resto de situaciones fue abordado directamente mediante reestructuraciones previas hechas por Paula y autoexposición en vivo. Estas prácticas eran revisadas en la siguiente sesión. Se siguió este mismo enfoque con otras situaciones nuevas que fueron surgiendo tales como decir que "no" a los que venían a casa a pedir dinero, salir a cenar con compañeros de la universidad, ir a centros a preguntar por posibles trabajos o a solicitar información, seguir la conversación iniciada por un desconocido del otro sexo e intervenir en clase.

Cuadro 4.24. Ejemplo de reestructuración cognitiva

Una de las situaciones temidas por Paula era expresar sus propias opiniones por miedo a decir algo inadecuado y que los demás reaccionaran negativamente. Como preparación a la exposición a dicho tipo de situaciones, se llevó a cabo la siguiente reestructuración cognitiva (T = terapeuta, P = Paula).

- T: Así que tú crees que si intervienes para expresar tu opinión cuando sales con tus compañeros, dirás algo estúpido.
 P: Eso es.
 T: ¿Qué significa para ti decir algo estúpido?
 P: Pues decir alguna tontería, alguna cosa sin sentido, uhmmm, alguna cosa en la que se vea mi ignorancia.
 T: ¿Alguna vez has dicho algo estúpido?
 P: Hace poco en una conversación sobre la facultad, se me ocurrió decir que un profesor lo hacía muy bien y todos se rieron.
 T: ¿Sabes por qué se rieron?
 P: Bueno, no estoy segura. Antes de pasar a hablar de cómo los profesores daban las clases, habíamos hablado sobre aventuras entre profes y alumnos. Es posible que se rieran por el doble sentido de la frase "hacerlo muy bien".
 T: ¿Es posible o es probable?
 P: Bien, realmente Héctor me dijo irónicamente que cómo sabía yo que lo hacía tan bien. Es probable que se rieran por el doble sentido.
 T: Así que realmente no dijiste una estupidez, sino algo gracioso. ¿Tienes alguna otra evidencia de que hayas dicho cosas estúpidas?
 P: Realmente no intervengo mucho. Cuando lo hago, creo que a veces digo tonterías.
 T: ¿Puedes ponerme un ejemplo?
 P: No se me ocurre ahora.
 T: ¿Alguna vez alguien te ha hecho notar una tontería que has dicho o tú has podido constatar claramente después que habías dicho algo sin sentido?
 P: No.
 T: Teniendo en cuenta esto, ¿cuántas veces sobre 100 dirías que has intervenido diciendo tonterías?
 P: Bueno, quizá muy raramente, pero puede ocurrir.
 T: Casi todo puede ocurrir. Sin embargo, el hecho es que tú no sueles decir estupideces cuando hablas con tus compañeros, aunque temes que te pueda suceder.
 P: Así es.

Cuadro 4.24. continuación

- T: ¿Qué crees que pasaría realmente si llegaras a decir en alguna ocasión con tus compañeros algo estúpido?
 P: Me moriría de vergüenza.
 T: ¿Cómo crees que reaccionarían ellos?
 P: Pensarían que soy tonta.
 T: ¿Por decir una sola cosa estúpida crees que los demás van a pensar que eres tonta?
 P: Es posible.
 T: ¿Alguno de tus compañeros, amigos o familiares ha dicho alguna vez una tontería o una cosa sin sentido?
 P: Bueno, supongo que sí.
 T: ¿Piensas que alguno de ellos es tonto por ello?
 P: No.
 T: Entonces, ¿por qué lo van a pensar ellos de ti? (Pausa.) ¿De qué depende, pues, que pensemos que alguien es tonto o estúpido?
 P: Supongo que tiene que decir muchas tonterías o estupideces.
 T: Eso es, no consideramos sólo una actuación en solitario sin tener en cuenta otros comportamientos de la persona.
 P: Pero si en algún momento dices una tontería, la gente se puede reír de ti, aunque sólo sea por dentro.
 T: ¿Se reirán de ti o de la tontería que has dicho?
 P: Supongo que de la tontería.
 T: ¿Y esto tendrá alguna repercusión en tu trato contigo?, ¿te hablarán menos, saldrán menos contigo?
 P: Creo que no, pero a nadie le gusta decir estupideces.
 T: Eso es cierto, pero si ocurre y los demás se dan cuenta, ¿qué crees que pensarán de ti, que eres tonta o que has dicho una tontería?
 P: Probablemente que he dicho una tontería.
 P: Y si la has dicho, ¿qué podrías hacer al respecto?
 P: Dependerá de la situación imagino. Podría reconocer mi error o informarme después sobre el tema para no volver a meter la pata.
 T: Ésas son buenas opciones.

A continuación, el terapeuta retomó una a una las tres principales cuestiones abordadas con la paciente (creencia de que dirá algo estúpido al expresar la opinión cuando sale con los compañeros, el que los demás pensarán que es tonta si dice algo estúpido y si puede hacer algo en caso de decir una tontería) y pidió a ésta que resumiera su opinión al respecto. Al final, la paciente elaboró los siguientes pensamientos alternativos: "No soy una persona que suela decir tonterías. Y si alguna vez digo alguna y mis compañeros se dan cuenta, no por eso voy a ser menos para ellos. Todos podemos meter la pata".

Cuadro 4.24. continuación

A partir de lo anterior, se plantearon secuencialmente dos tipos de experimentos conductuales. En el primero, la paciente tuvo que aumentar la frecuencia de veces en que expresaba sus opiniones y comprobar si decía estupideces o no basándose en observaciones concretas y no en sus propias sensaciones. En el segundo y posterior, tras alguna reestructuración verbal adicional, tuvo la idea de decir un par de veces alguna "tontería", observar la reacción inmediata de los demás y las posibles repercusiones posteriores (ninguna en realidad).

El entrenamiento en habilidades sociales estuvo centrado básicamente en el contenido verbal e incluyó el adiestramiento en la generación, valoración y elección de alternativas de respuesta en las situaciones consideradas. Si la paciente no era capaz de encontrar alternativas adecuadas, éstas le eran sugeridas y luego se discutían. Por lo que respecta a los componentes no verbales y vocales problemáticos, éstos parecieron ser principalmente consecuencia de la ansiedad y fueron modificándose con los sucesivos ensayos y exposiciones. Un aspecto importante incluido en el entrenamiento fue cómo afrontar las posibles respuestas utilizadas por los demás para bloquear las respuestas asertivas (culpar, dar la vuelta, insistir, autocompadecerse). Aunque Paula aprendió pronto a mostrarse asertiva inicialmente, le costó mucho más aprender a mantener su respuesta asertiva ante la persistencia de los otros.

Por otra parte, en la sesión 13 Paula comentó que le gustaría aprender alguna técnica para cuando le subía mucho la ansiedad, ya que había momentos en que incluso dejaba de enterarse de lo que pasaba a su alrededor. Por ello, se decidió enseñarle la técnica de la respiración controlada a partir de la siguiente sesión del modo descrito en el punto 4.4.5.

En la penúltima sesión (la 16), Paula informó de que le iba muy bien y de que se sentía mucho más tranquila tanto durante las situaciones como al anticiparlas. Además, había aprovechado para hacer un gran número de exposiciones: relacionarse con miembros de su familia y de la de su novio, hacer cumplidos, aceptar cumplidos de buen grado, salir en las fotos (todo esto durante una boda), acudir a un par de entrevistas laborales, plantear a su novio que tenía ciertos comportamientos

muy problemáticos (susceptibilidad interpersonal, ira, ansiedad) y recomendarle la búsqueda de ayuda, y hacer varias intervenciones en diversas clases.

En la sesión 17, Paula comunicó que no podría seguir viniendo, ya que la habían seleccionado para un trabajo temporal. La sesión se centró en dos cosas. En primer lugar se hizo reestructuración cognitiva respecto a una próxima intervención de 10 minutos que tenía que hacer en clase. Paula había visto cómo una compañera que solía intervenir en clase se había puesto bastante nerviosa al hacer una exposición similar. Tenía pensamientos de que le pudiera suceder algo parecido y de que su exposición fuera mala. Tras cuestionar la evidencia de esto y examinar lo que pasaría y lo que podría hacer si le fuera mal, Paula quedó en ensayar la intervención en casa y grabarse en vídeo. En segundo lugar, se trabajó la situación de cómo manejar las críticas justificadas hechas por un amigo y las críticas parcialmente infundadas a un trabajo por parte de un profesor.

Se quedó con Paula para una sesión individual posterior en la que se revisaron sus problemas iniciales, la intervención seguida, los resultados logrados y las situaciones pendientes de trabajar. Asimismo, se enfatizó la necesidad de seguir practicando, se planteó la posibilidad de que ocurrieran contratiempos o recaídas y se discutió qué podía hacer en dichos casos.

Paula estaba muy satisfecha de la intervención seguida y los resultados logrados, lo cual fue confirmado por los cuestionarios contestados en el postratamiento. Como puede verse en el cuadro 4.25, la ansiedad y la evitación social así como el miedo a la evaluación negativa se redujeron drásticamente. Las puntuaciones se situaron por debajo de los puntos de corte, excepto las de fobia social y diferencia del Inventario de Ansiedad y Fobia Social, las cuales quedaron muy cerca del punto de corte que tenía en cuenta al grupo de personas sin trastornos psiquiátricos y por debajo del punto de corte que consideraba a la población universitaria. Las conductas objetivo fueron conseguidas en general (puntuación baja de evitación), la ansiedad producida por las mismas disminuyó sustancialmente (aunque la puntuación siguió estando un punto por encima del punto de corte) y la habilidad percibida en las mismas se incrementó notablemente. En cuanto a la interferencia total y global, pasaron a ser mínimas.

Por lo que respecta a otros problemas, hubo también una reducción muy significativa de los miedos agorafóbicos. Las dificultades con su alimentación e imagen corporal también mejoraron notablemente. En el

Cuadro 4.25. Puntuaciones obtenidas por Paula en los cuestionarios en diversos momentos

Cuestionarios	Amplitud teórica	Punto de corte	Pre (octubre)	Durante (diciembre)	Post (abril)	Seg. 6 meses (junio)
1. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Turner y cols.)						
- Fobia social	0-192	66,5 (96,8)	172,0	—	75,5	47,0
- Agorafobia	0-78	8,7 (20,1)	33	—	13	21
- Diferencia	-78 a 192	58,9 (76,9)	139,0	—	62,5	26,0
2. Inventario de Asertividad (Gambrell y Richey)						
- Inquietud	40-200	112	165	139	100	80
- Probabilidad de respuesta ^b	40-200	125	143	128	115	92
3. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend)	0-30	19 (22)	29	18	14	—
4. Cuestionario de Conductas Objetivo (Bados)						
- Ansiedad	0-10	2,5	7,8	—	3,5	—
- Evitación	0-10	2,5	7,1	—	2,5	—
- Habilidad percibida	0-10	8	5	—	9	—
5. Escala de Interferencia						
- Interferencia total	0-8	2	4	—	1	1,4
- Interferencia global	0-8	2	6	—	1	2
6. Inventario de Depresión de Beck	0-63	10 (14)	13	9	4	2
7. Inventario de Ansiedad de Beck	0-63	10 (17)	10	—	5	3

Nota. Pre = Pretratamiento (mitad de octubre). Durante = Evaluación parcial realizada a mitad de diciembre durante el tratamiento. Post = Postratamiento (mitad de abril). Seg. = Seguimiento realizado tras 6 o 21 meses de finalizado el tratamiento.

^a Una puntuación igual o mayor que el punto de corte va en dirección patológica salvo en habilidad percibida en que es al revés. Los puntos de corte de los cuestionarios 1 y 3 están calculados a partir de los valores de fóbicos sociales generalizados y personas sin trastornos psiquiátricos; los que constan entre paréntesis sustituyen estos últimos valores por los de estudiantes universitarios y son, por tanto, menos estrictos. Los puntos de corte del cuestionario 2, y aquellos entre paréntesis de los cuestionarios 6 y 7 están calculados a partir de la media y una desviación típica de estudiantes universitarios. Los puntos de corte de los cuestionarios 6 y 7 están calculados a partir de la media y una desviación típica de personas sin trastornos psiquiátricos. Finalmente, los puntos de corte de los cuestionarios 4 y 5 fueron fijados arbitrariamente siguiendo pautas habituales en la bibliografía.

^b Una mayor puntuación indica una menor probabilidad de respuesta.

Test de Actitudes ante la Alimentación (*Eating Attitudes Test* de Garner y Garfinkel) su puntuación total pasó de 26 en el pretratamiento a 16 (el punto de corte es 26 o más) y la puntuación en la subescala de dieta de 12 a 4. En el Cuestionario sobre la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire*, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn), que mide preocupación por la figura y el peso e insatisfacción corporal, la puntuación pasó de 115 a 97 (el punto de corte es 106 o más). Finalmente, hubo una disminución del humor deprimido y la ansiedad.

A los 6 meses se realizó una sesión de seguimiento. Paula informó de no tener problemas a la hora de relacionarse con la gente. Las actividades sociales antes evitadas las hacía sin ansiedad o con una ansiedad mínima. La paciente contó varias experiencias satisfactoriamente resueltas de entrevistas de trabajo, charlas con supervisores, relaciones con compañeros, quejas asertivas, rechazo de peticiones e intervenciones en clase, incluyendo una exposición larga. Sus pensamientos negativos se habían reducido en gran medida, aunque en ocasiones seguía utilizando la reestructuración cognitiva de modo mental. Las relaciones con su madre y con su novio habían mejorado mucho; a esto había contribuido sobremanera comunicarse más y haberse atrevido a hablar de ciertas cosas, lo cual había ayudado a deshacer ciertos malentendidos. Además, en el caso del novio, éste había casi concluido con bastante éxito una intervención, comenzada un poco después de que Paula acabara el tratamiento, dirigida a controlar la ansiedad y la ira y a mejorar sus habilidades de comunicación, tanto con su pareja como con la gente en general.

Los cuestionarios contestados en el seguimiento a los 6 meses confirmaron de nuevo los informes de la paciente, tal como puede verse en el cuadro 4.25. La ansiedad y la evitación social se habían reducido aún más, por debajo ya de los puntos de corte en todos los casos, aunque hubo un cierto repunte en la puntuación de los miedos agorafóbicos debido básicamente a dos ítems: a) conduciría con más frecuencia y tenía, por tanto, más oportunidades de sentirse nerviosa; y b) salía más frecuentemente a lugares públicos acompañada de amigos, pero esto no era por miedo, sino por haber incrementado sus contactos sociales.

En el seguimiento a los 21 meses, los resultados fueron similares a los del seguimiento anterior; si bien la puntuación agorafóbica había vuelto a reducirse. Conducir ya no le producía miedo y el otro ítem ya no había sido malinterpretado. También, se observó una mayor disminución en la ansiedad y evitación asociadas con las conductas objetivo con relación al postratamiento (el cuestionario correspondiente no fue pasado en el primer seguimiento).

Conviene destacar que los excelentes resultados conseguidos por Paula no fueron debidos sólo a las técnicas aplicadas y a la buena profesionalidad y cualidades de las terapeutas, aunque éstas fueron, sin duda, variables importantes. Otros factores como la facilidad de Paula para captar las cosas y, especialmente, su gran motivación contribuyeron decisivamente al éxito de la intervención. Puede uno preguntarse hasta qué punto el caso de Paula es representativo. Con relación a la constancia mostrada por la paciente en la aplicación de las técnicas, no suele ser frecuente encontrar pacientes tan altamente motivados. Y con relación a los resultados, es probable que no más del 25% de los fóbicos sociales consiga una superación total de su problema. Pero aun sin lograr esto, las importantes mejoras que se consiguen en la gran mayoría de los casos con un tratamiento cognitivo-conductual o conductual hacen que valga la pena el esfuerzo.

[Por lo que respecta a los resultados del resto del grupo, una persona mejoró notablemente. Otra hizo progresos moderados tras un tratamiento bastante más largo (15 sesiones más). Y la última no mejoró prácticamente nada. Tras 21 sesiones, dijo no querer cambiar porque esto le suponía muchas complicaciones y prefería vivir como siempre; es decir, bajo la sobreprotección de unos padres, de los que no se pudo conseguir que colaboraran en este sentido porque creían que era así como debían comportarse con ese hijo, al que veían como desvalido.]

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál o cuáles de las siguientes intervenciones psicológicas se han mostrado más eficaces que el placebo (farmacológico o psicológico)?

- a) La exposición. ☐
- b) La reestructuración cognitiva. ☐
- c) La exposición y la exposición combinada con reestructuración cognitiva. ☐
- d) La exposición, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. ☐

e) La reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. ☐

2. Con relación al tratamiento psicológico de la fobia social, las investigaciones muestran que:

- a) En general, los resultados de la exposición pueden mejorarse con la adición de reestructuración cognitiva. ☐
- b) Es especialmente útil adaptar el tratamiento al perfil de respuesta de los pacientes. ☐
- c) El porcentaje de pacientes que alcanzan un elevado estado final de funcionamiento está alrededor del 60%. ☐
- d) Existen unos pocos predictores claros de éxito terapéutico. ☐
- e) Los fóbicos sociales con trastornos comórbidos mejoran en el mismo grado del pretratamiento al postratamiento en medidas de fobia social que los fóbicos sociales puros. ☐

3. ¿Cuál o cuáles de las siguientes intervenciones farmacológicas se han mostrado más claramente eficaces en el tratamiento de la fobia social?

- a) Los IMAOs y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). ☐
- b) Los IMAOs y las benzodiacepinas. ☐
- c) Los IMAOs reversibles, las benzodiacepinas y los betabloqueantes. ☐
- d) Los ISRS, los IMAOs reversibles y los betabloqueantes. ☐
- e) Los ISRS, las benzodiacepinas y los betabloqueantes. ☐

4. En el tratamiento de la fobia social mediante exposición en vivo:

- a) No deben incluirse situaciones en las que no pueda llevarse a cabo una exposición prolongada. ☐
- b) Puede haber varias jerarquías diferentes, algunas de las cuales pueden abordarse en paralelo. ☐
- c) Cada situación debe trabajarse previamente mediante exposición simulada antes de la exposición en vivo. ☐
- d) El paciente debe trabajar cada situación de la jerarquía hasta que la maneje bien una vez. ☐
- e) La autoexposición en vivo es tanto o más eficaz que la asistida por el terapeuta. ☐

Psicología
Psiquiatría
Psicoterapia

Últimos títulos publicados:

164. J. Poch y A. Ávila - *Investigación en psicoterapia*
165. E. Giacomantone y A. Mejía - *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*
166. J. Rojas-Bermúdez - *Teoría y técnica psicodramáticas*
167. R. Sivak y A. Wiater - *Alexitimia, la dificultad para verbalizar los afectos*
168. H. Bleichmar - *Avances en psicoterapia psicoanalítica*
169. E. López y P. Población - *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*
170. D. Dutton y S. Golant - *El golpeador*
171. D. Glaser y S. Frosh - *Abuso sexual infantil*
172. A. Gesell y otros - *El niño de 1 a 5 años*
173. A. Gesell y otros - *El niño de 5 a 10 años*
174. A. Gesell y otros - *El adolescente de 10 a 16 años*
175. M. A. Caudill - *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted*
176. F. Casas - *Infancia: perspectivas psicosociales*
177. E. Fortman - *Dilemas éticos en pediatría*
178. D. Greenberger y Ch. A. Padesky - *El control de su estado de ánimo*
179. J. Corominas - *Psicopatología arcaica y desarrollo*
180. J. Moizeszowicz - *Psicofarmacología psicodinámica IV*
181. L. Salvarezza (comp.) - *La vejez*
182. A. Ellis - *Una terapia breve más profunda y duradera*
183. M. D. Yapko - *Lo esencial de la hipnosis*
184. W. R. Miller y S. Rollnick (comp.) - *La entrevista motivacional*
185. M. H. Marx y W. A. Hillix - *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*
186. S. F. Rief - *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*
187. E. T. Gendlin - *El focusing en psicoterapia*
188. L. S. Greenberg y S. C. Paivio - *Trabajar con las emociones en psicoterapia*
189. E. H. Erikson - *El ciclo vital completado*
190. A. T. Beck y otros - *Terapia cognitiva de las drogodependencias*
191. E. Joselevich (comp.) - *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D/H.D.) en niños, adolescentes y adultos*
192. S. Haber (comp.) - *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*
193. L. Bin y otros (comps.) - *Tratamiento psicopedagógico. Red interinstitucional en el ámbito de la salud*
194. E. Kalina - *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*
195. R. O. Benenzon - *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*
196. I. D. Yalom - *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*
197. D. Páez y M. M. Casullo (comps.) - *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos lo que sentimos?*
198. A. Bentovim - *Sistemas organizados por traumas. El abuso físico y sexual en las familias*
199. R. D'Alvia (comp.) - *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*
200. G. Rinaldi - *Prevención psicosomática del paciente quirúrgico*
201. J. Freeman y otros - *Terapia narrativa para niños*
202. H. G. Procter (comp.) - *Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Volumen I. Hipnosis y psicología*
203. H. G. Procter (comp.) - *Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Volumen II. Terapia psicológica*
204. B. F. Okun - *Ayudar de forma efectiva (counselling)*
205. G. A. Kelly - *Psicología de los constructos personales*
206. A. Semerari - *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*
207. E. Torras de Beà - *Dislexia en el desarrollo psíquico: su psicodinámica*
208. M. Payne - *Terapia narrativa*
209. B. Biain de Touzet - *Tartamudez. Una influencia con cuerpo y alma*
211. C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiñá (comps.) - *Fobia social*

Cristina Botella, Rosa María Baños
y Conxa Perpiñá (comps.)

FOBIA SOCIAL

*Avances en la psicopatología, la evaluación
y el tratamiento psicológico del trastorno
de ansiedad social*


PAIDÓS
Barcelona
Buenos Aires
México

Cubierta de Diego Feijóo

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2003 de todas las ediciones en castellano,
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
y Editorial Paidós, SAICF,
Defensa, 599 - Buenos Aires
<http://www.paidos.com>

ISBN: 84-493-1404-6
Depósito legal: B. 431-2003

Impreso en Hurope, S.L.
Lima, 3 - 08030 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

- , (1992), «Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder», *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 101, págs. 326-331.
- Twentyman, C. T. y McFall, R. M. (1975), «Behavioral training of social skills in shy males», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.º 43, págs. 384-395.
- Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1997), «The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia», *Behaviour Research and Therapy*, n.º 35, págs. 889-900.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. y Amrein, R. (1992), «Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with moclobemide and phenelzine», *British Journal of Psychiatry*, n.º 161, págs. 353-360.
- Widiger, T. A. (1992), «Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies», *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 101, págs. 340-343.
- Zimbardo, P. G. (1977), *Shyness: What it is, what to do about it?*, Reading, MA Addison-Wesley.

CAPÍTULO 3

ALGUNAS EXPLICACIONES ACTUALES SOBRE LA FOBIA SOCIAL

Cristina Botella, Conxa Perpiñá, Rosa M. Baños y Azucena García-Palacios

3.1. Comprendiendo la fobia social

Tener una teoría de un trastorno, es decir, saber y entender por qué ocurre y cómo ocurre un problema es de gran interés, puesto que no sólo resume el conocimiento que se tenga del mismo hasta ese momento, sino que también es la base racional que justifica la aplicación de diversas estrategias terapéuticas, guía el conocimiento y lo hace avanzar.

Por otra parte, y no menos importante, un modelo explicativo es una herramienta para el terapeuta a la hora de ofrecer una explicación a las personas que padecen esos problemas sobre qué les sucede y por qué. Se trata, tal vez, de la primera explicación racional que se le da a la persona sobre lo que le está sucediendo, cómo se ha producido el problema y cómo empezar a trabajar para solucionarlo. Además, muchas personas agradecen el «reconocerse» en esa explicación, que comparten con otros seres que también pueden estar sufriendo lo que ellas están viviendo, lo cual les ayuda a no sentirse tan «raras». Por otro lado, el hecho de que el clínico le ofrezca una explicación a la persona en la que reconocerse hace a ésta sentirse acogida, entendida y comprendida por el profesional que ha recabado la información de su problema.

Aunque falta mucho por analizar, estudiar y comprobar, en el campo de la fobia social contamos ya con varios modelos explicativos de por qué se produce la ansiedad social y cómo se mantiene. El objetivo de este capítulo es presentar algunas de las teorías de los últimos años.

Para comenzar, se expondrán los primeros planteamientos en este campo para, posteriormente, pasar a comentar en profundidad las teorías que se han venido desarrollando (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997; Rapee y Heimberg, 1997), mucho más centradas en los enfoques cognitivos y con una gran repercusión en los actuales programas de tratamiento. Dejaremos para el próximo capítulo nuestra propia propuesta.

3.2. Algunos planteamientos previos

En primer lugar, hay que comentar un acercamiento con notable tradición en terapia de conducta, que resalta el papel explicativo de los procesos de condicionamiento. Esta propuesta ha sido defendida en nuestro país por Echeburúa (1995), cuando plantea dos fases en el desarrollo de la fobia social en la línea del modelo bifactorial mediacional de Mowrer. En una primera fase, las experiencias sociales negativas en una persona psicológicamente vulnerable darían lugar a respuestas psicofisiológicas de ansiedad (rubor, taquicardia, sudor, temblor, etc.), a anticipación de consecuencias negativas ante la posibilidad de mantener contactos sociales, una conducta poco hábil o inapropiada y, por tanto, se produciría un fracaso en las relaciones sociales. En una segunda fase, ante la anticipación de las posibles consecuencias negativas de nuevas situaciones sociales y las respuestas de ansiedad asociadas a dicha posibilidad, la persona decidiría evitar la situación social, con el consiguiente alivio y la desaparición de la ansiedad. Se produciría, por tanto, un reforzamiento negativo de la evitación social. En cuanto a los factores de vulnerabilidad, Echeburúa (1993, 1995) y Salaberría y Echeburúa (1998) resaltan, además de las experiencias traumáticas, el aislamiento y la timidez, y variables de personalidad tales como neuroticismo e introversión.

3.3. Modelo de Barlow (Barlow, 1988)

Otro autor que hay que mencionar es, sin lugar a dudas, Barlow (1988), quien propone un modelo de fobia social bastante similar al que ofrece sobre el trastorno de pánico y las fobias específicas. Este autor sostiene que por razones de evolución biológica los seres humanos somos sensibles a la crítica y la desaprobación social; por lo tanto, la mayoría de nosotros hemos podido tener miedos sociales en algún momento a lo largo de nuestras vidas (particularmente, en la adolescencia). Ahora bien, no todas las personas desarrollan una fobia social. Para que esto se produzca, la persona tiene que ser biológica y psicológicamente vulnerable a la aprehensión ansiosa, esto es, una expectativa aprensiva ante el futuro.

Entre los conceptos centrales del planteamiento de Barlow están las «falsas alarmas» y las «alarmas reales». La alarma real se produce cuan-

do se experimenta el miedo ante las amenazas objetivas y reales (por ejemplo, un león), de tal modo que gracias al miedo nos movilizamos física y cognitivamente para la acción. Por el contrario, las falsas alarmas son aquellas que producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación real objetivamente peligroso y, por tanto, que suponga una amenaza para la integridad física propia o ajena. En el modelo se asume que acontecimientos vitales, relativamente menores, que involucren aspectos de interacción o de ejecución social, pueden dar lugar a ansiedad, particularmente si una alarma está asociada con estas situaciones sociales y dichas situaciones forman la plataforma básica en la que se pueden desarrollar falsas y verdaderas alarmas.

Se plantean tres vías para la adquisición de la fobia social. En primer lugar, la vulnerabilidad biológica a desarrollar ansiedad social o a ser socialmente inhibido. De estar presente esta tendencia constitucional, será en la adolescencia cuando este problema sea más habitual y se experimente con más intensidad. En segundo lugar, en situaciones de estrés, la persona puede experimentar un ataque de pánico inesperado (es decir, una falsa alarma) en una situación social e ir desarrollando ansiedad por tener otras crisis de ansiedad en otras situaciones sociales similares. La tercera vía puede ser el condicionamiento directo, es decir, haber vivido alguna experiencia traumática en una situación social (una alarma verdadera). En cualquier caso, una vez que la respuesta de alarma se haya aprendido (bien sea una alarma falsa o cierta), ésta se impregnará de la aprehensión ansiosa, sobre todo en lo que tenga que ver con las situaciones sociales. En una reciente reformulación de este modelo (Hoffmann y Barlow, 2002) se presenta la hipótesis de que la vía de una verdadera alarma será más común en la fobia social específica, mientras que en la fobia social generalizada podría darse sin la presencia de una verdadera alarma o vía falsas alarmas asociadas a situaciones sociales. Esta diferenciación tiene interés, pues, en opinión de estos autores, las personas con una fobia social específica dan más muestras de una reacción de *miedo*, mientras que las personas con una fobia social generalizada presentan en mayor medida una respuesta de *ansiedad* (en la que estarían presentes sentimientos de embarazo y de vergüenza).

También se subraya desde este planteamiento teórico que en la fobia social, debido a esta aprehensión ansiosa o *worry* la persona detrae recursos atencionales de la tarea que está realizando y ello ayuda a pertur-

bar la ejecución. Esto, como señalan Hoffmann y Barlow (2002) es consistente con las actuales aportaciones del procesamiento de la información (que revisaremos en el capítulo siguiente) y resulta coherente con los planteamientos de la aprehensión ansiosa que ellos defienden, ya que, desde esta perspectiva, la atención autofocalizada es un componente central del proceso general de la aprehensión ansiosa y resulta especialmente problemático en la fobia social debido a su naturaleza «distractora».

Esta explicación tuvo y sigue teniendo importantes implicaciones para el tratamiento, puesto que la exposición es la técnica de elección en la fobia social (como en todos los trastornos de ansiedad); no obstante, desde el modelo también se enfatiza la importancia de los pensamientos que surgen en los momentos de gran ansiedad y el deterioro cognitivo y comportamental que producen.

3.4. Modelo de Schlenker y Leary (1982).

La teoría de la autopresentación

Schlenker y Leary (1982) plantean una posible explicación para la ansiedad social que ha sido retomada en los modelos de Clark y Wells (1995) y de Rapee y Heimberg (1997), la teoría de la autopresentación y la conducta interpersonal. Estos autores señalan que la mayor parte de la vida social implica la posibilidad de influir en otras personas o de ser influido por ellas. Aunque no lleguemos a ser siempre conscientes de ello, pasamos una parte importante de nuestras vidas intentando que los otros se porten bien con nosotros, nos recompensen y reconozcan nuestros esfuerzos, que hagan las cosas que nos gustan, que accedan a nuestras peticiones, etc. Esto resulta bastante comprensible, ya que la influencia de otras personas es un aspecto importante de la vida social; no podríamos lograr muchas de nuestras metas si no pudiéramos influir en la conducta de otras personas. De la misma forma, muchas cosas negativas importantes que pueden ocurrir en nuestras vidas (el rechazo, el abandono, el castigo físico o psicológico, la humillación pública, etc.) también dependen de la conducta de otras personas (Leary y Kowalski, 1995).

Es posible utilizar distintos procedimientos para influir en la conducta de otras personas (recompensas, castigos, amenazas, etc.), pero un conjunto de tácticas que, sin duda, resultan de uso muy común son las con-

ductas de autopresentación, esto es, procedimientos para lograr manejar de alguna forma la impresión que causamos en los otros (Schlenker, 1980; Schlenker y Leary, 1982). Las conductas de autopresentación resultan importantes para lograr algún tipo de influencia social debido a que las reacciones que tengan otras personas dependen en gran medida de la impresión que les causemos. Esto influye en múltiples aspectos de nuestras vidas: en el trabajo y en nuestro buen funcionamiento laboral, en las relaciones personales, familiares y de amistad e incluso en nuestras relaciones amorosas. Dada la importancia de las posibles consecuencias de estas conductas de autopresentación, resulta comprensible que la persona esté motivada y desee ejercer algún tipo de control sobre lo que los demás perciben de ella. Esto no implica que siempre deseemos lograr que los demás tengan de nosotros una imagen positiva. Lo que plantea la teoría de la autopresentación es que actuamos para dar una determinada impresión de nosotros mismos a los demás, que nuestro propósito es que dicha impresión les influya y les haga reaccionar de la forma, y en el sentido, que nosotros deseamos (por ejemplo, podemos mostrarnos muy serios y enfadados para dejar claro que con nosotros no se puede jugar).

La teoría de la autopresentación postula que la ansiedad social aparecerá cuando la persona esté motivada para dar una determinada impresión y, sin embargo, no esté segura de lograrlo (Schlenker y Leary, 1982). Por tanto, la ansiedad social dependerá de dos factores: la motivación que tenga la persona para producir una determinada impresión, y la probabilidad subjetiva de lograrlo. Desde esta perspectiva, una situación social en la que no experimentemos presiones para dar una determinada impresión, la consideraremos fácil, cómoda y relajada. Solemos encontrarnos muy tranquilos estando con personas muy cercanas a nosotros (nuestros familiares más cercanos, nuestros amigos más íntimos), que nos conocen muy bien y ante las que podemos mostrarnos sin necesidad de ningún tipo de «fachada». En la medida en que aumente nuestra motivación para causar una impresión determinada o que desconfiemos de nuestra capacidad de lograrlo aumentará la ansiedad que experimentemos. Leary (1983) expresó esta idea utilizando la siguiente fórmula: $AS = f [M \times (1 - p)]$. En la que se establece que el grado de ansiedad social (AS) depende de la motivación para dar una determinada impresión (M) y la probabilidad subjetiva de lograrlo (p). Obviamente, si la motivación es cero o la probabilidad percibida es 1, no habrá ningún tipo de ansiedad social. Además, una

fuente de evaluación fundamental respecto a si se poseen o no los recursos, habilidades o apariencia necesarios para producir una determinada impresión, o si se está logrando producir dicha impresión es, precisamente, uno mismo. Si la impresión es positiva o negativa o si, realmente, la persona está proporcionando una buena o mala impresión es irrelevante para la teoría (Leary y Kowalski, 1995).

Por otra parte, de las afirmaciones anteriores también se deriva que la ansiedad social no es siempre negativa, bien al contrario, muchas veces resulta útil. Alguien que no se preocupara en absoluto por la impresión que causa a los demás tendría menos información, que podría resultarle muy útil en su desempeño social. Desde esta perspectiva, la ansiedad social también puede tener otros aspectos muy positivos, ya que es menos probable que una persona con algún grado de ansiedad social dé muestras de autoritarismo extremo, sea excesivamente mandón, se comporte de forma desconsiderada con los demás o sea presuntuoso (Leary y Kowalski, 1995). En suma, las conductas de autopresentación que suponen estar pendientes de la impresión que causamos en otros también implican, en cierta medida, algún grado de empatía y respeto hacia los demás.

Abundando en este aspecto, Leary y Kowalski (1995) comentan que el malestar que las personas experimentan cuando piensan que no están proporcionando la impresión deseada puede servir para: a) disuadirles de proporcionar impresiones inadecuadas; b) interrumpirlas si tales impresiones se están produciendo, especialmente si se trata de alguna conducta que pueda resultar ofensiva para el otro; c) motivarles para adoptar conductas que reparen el posible daño causado a su propia imagen o logren que se restablezca la relación dañada. Estos autores establecen una analogía entre ansiedad social y dolor físico: en ambos casos recibimos valiosos avisos acerca de posibles consecuencias dañinas de nuestras conductas que nos ayudan a sobrevivir.

Como se puede observar, esta teoría ha sido capaz de incorporar otras explicaciones de la ansiedad social (problemas en las habilidades sociales, necesidad excesiva de aprobación, autoevaluaciones negativas, condicionamiento clásico, etc.). Todos estos componentes que este modelo integra señalan, por tanto, la necesidad de ser considerados durante el tratamiento e individualizarlo según los problemas concretos que cada persona presente.

3.5. Modelo de Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997)

El modelo que presentan estos autores está basado en el enfoque de procesamiento de la información autorregulatorio de los trastornos emocionales (Wells y Matthews, 1994), y parte del supuesto de que la persona con ansiedad social está motivada para presentar una impresión favorable de sí misma (*self*), aunque se encuentra insegura sobre su capacidad para conseguirlo en situaciones concretas.

Uno de los aspectos más novedosos de esta propuesta en su momento fue entender al sí mismo como objeto social, de tal manera que es su procesamiento el que guía el comportamiento de la persona. El sí mismo como objeto social consiste, fundamentalmente, en la imagen que tiene sobre cómo cree ella que le ven los demás.

Por otro lado, este modelo explica, además, el mantenimiento de la fobia social apelando a una serie de mecanismos cognitivo-comportamentales que explicarían por qué las personas que la padecen raramente van a encontrarse con situaciones sociales que les proporcionen información no ambigua que desmienta sus miedos; es más, cada vez que estas personas se encuentran en las situaciones sociales que temen, diversos mecanismos impedirán que sus creencias negativas sobre la situación disminuyan.

La figura 1 muestra la secuencia de cómo se desencadena la ansiedad en un individuo con fobia social, y cómo se mantiene. A continuación se expondrá resumidamente cómo funciona la fobia social según este modelo, para pasar luego a un comentario más pormenorizado de sus elementos y componentes.

Cuando una persona con fobia social se encuentra en una situación social, la valora como peligrosa debido a que considera que puede actuar de modo inadecuado; lo cual, a su vez, tendrá una serie de consecuencias «catastróficas» ya que será rechazada o humillada por los demás. En segundo lugar, estas valoraciones de peligro activan lo que estos autores denominan un «programa de ansiedad», consistente en cambios fisiológicos, cognitivos, afectivos y comportamentales, por un lado, y la puesta en marcha de una serie de «conductas de seguridad», por otro, ante la amenaza al autoconcepto y la representación de uno mismo. Esto conduce a una intensificación de la ansiedad y a un mantenimiento del problema. Estas personas comienzan a preocuparse por sus síntomas somáticos, y se

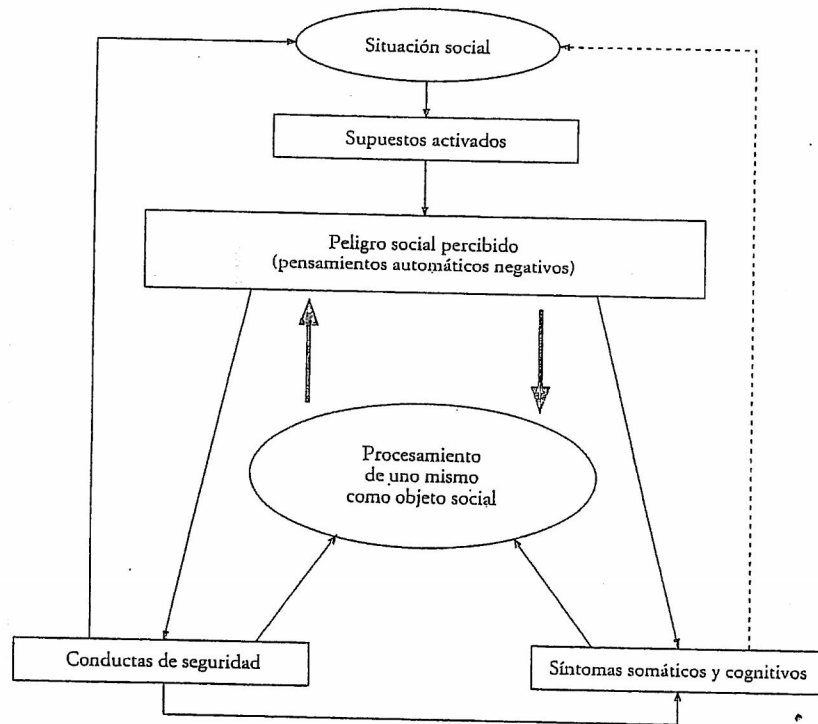


FIGURA 1. Un modelo cognitivo de la fobia social (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997).

activan los pensamientos negativos que tienen sobre sí mismas (autoevaluación negativa) y los referentes a la valoración que de ellas puedan hacer los demás. Este procesamiento incrementado del sí mismo como objeto social hace que la atención se despliegue hacia uno mismo, una atención autofocalizada, de tal forma que la ejecución social se hace más difícil y se reduce la oportunidad de procesar información interpersonal objetiva.

Por otra parte, para acabar de entender la lógica de este modelo, estos autores completan su explicación de la fobia social con los siguientes elementos: factores que contribuyen a que la persona sea vulnerable a pa-

decir de fobia social, mecanismos que contribuyen al mantenimiento de la fobia social, los ciclos de retroalimentación del modelo y tipos de procesamiento que contribuyen a la autofocalización. A continuación se comentan con detalle cada uno de ellos.

3.5.1. FACTORES DE VULNERABILIDAD

Para entender por qué una situación social acaba siendo considerada peligrosa, en el modelo se integran una serie de supuestos disfuncionales y creencias que hacen que la persona sea vulnerable al espectro de factores cognitivos y comportamentales involucrados en la fobia social. Los autores contemplan tres tipos de información que contribuyen a dicha vulnerabilidad: reglas rígidas para la ejecución social; supuestos disfuncionales, y creencias básicas acerca del sí mismo.

a) Reglas rígidas

Algunas personas tienen reglas rígidas que gobiernan su comportamiento social («Siempre debo mostrarme muy ingenioso y con una gran fluidez verbal»; «Nunca debería mostrar signos de ansiedad»; «Debo tener siempre algo interesante que decir»). Estas personas pueden funcionar bien en sus vidas hasta que se encuentran en una situación en la que se produce un importante fracaso, dado que no se cumplen estos estándares. Después de un «incidente crítico» de este tipo, las situaciones sociales se perciben como peligrosas, ya que pueden dar lugar a otros fracasos en la ejecución que contribuyen a un autoprocesamiento negativo (no se ha logrado un sentido positivo del *self*).

b) Supuestos disfuncionales

Los supuestos disfuncionales predisponen a un procesamiento disfuncional autofocalizado que es central en la fobia social. Hacen referencia a representaciones explícitas de las consecuencias catastróficas de comportarse de una cierta manera («Si estoy callado pensarán que soy aburrido», «Si ven que tiemblo pensarán que soy estúpido», «Si me ven ansioso pensarán que soy un incompetente»).

c) Creencias negativas acerca de sí mismo

En la fobia social, estas creencias se centran sobre el sí mismo como un objeto social y se activan en situaciones sociales, es decir, no estarían crónicamente activadas («Soy estúpido», «Soy aburrido», «Soy raro»).

Estas creencias básicas se parecen al contenido de los esquemas que existen, por ejemplo, en la depresión. Sin embargo, el modelo predice algo diferente en la fobia social. En ésta, la creencia está asociada a situaciones sociales problemáticas específicas, mientras que en la depresión es más general, mucho menos situacional. Cuando la persona no se encuentra en situaciones provocadoras de ansiedad, estas creencias básicas resultan «menos creíbles», aunque se pueden activar fácilmente en cuanto se presenta un estresor social (una posible explicación de esto es que la creencia depresiva está más asociada a una autoconciencia privada, es decir, a estar muy pendiente y ser muy consciente de los propios procesos internos —reflexiones, emociones, autoanálisis— y es proclive a activarse en un amplio espectro de situaciones tanto sociales como no sociales; mientras que la creencia de la fobia social está más asociada a un sí mismo con mayor conciencia de uno mismo como objeto público y es proclive a activarse en un espectro más pequeño de situaciones sociales determinadas). Esquemas de este tipo hacen que el individuo sea vulnerable a valorar la situación social como potencialmente peligrosa.

3.5.2. EL MANTENIMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

Según Clark y Wells, hay tres procesos que están implicados en el mantenimiento de la fobia social: el procesamiento del sí mismo como un objeto social; las conductas de seguridad y evitación, y los síntomas de ansiedad cognitivos y somáticos.

a) Procesamiento del sí mismo como un objeto social

Cuando la persona con fobia social se enfrenta a una situación social se produce un cambio en su foco atencional. Dado que se ha afirmado que la fobia social consiste en un miedo a la evaluación negativa, se podría pensar que la persona que la padece centra su atención en (y se preocupa por)

controlar y evaluar las reacciones de las otras personas (al igual que ocurre en otros trastornos de ansiedad hay una atención selectiva a los estímulos relacionados con la amenaza). Sin embargo, en este modelo se afirma que un proceso crucial en la fobia social es el procesamiento negativo de uno mismo. Se predice, por tanto, que las personas con fobia social mostrarán un cambio atencional en las situaciones sociales caracterizado por un aumento en la atención autofocalizada, es decir, centrarán la atención sobre ellas mismas. Esto reduce los recursos atencionales disponibles para procesar la información externa, como por ejemplo el *feedback* proveniente de los demás. El cambio en la atención que sigue a la valoración del peligro inicial produce un incremento en la autoconciencia, con lo que los aspectos del *self* se hacen más salientes para la persona, y por tanto el procesamiento de la información de uno mismo se hace en términos de objeto social (por ejemplo, «Estoy siendo el centro de la atención»).

Un análisis detallado del contenido de la autoconciencia revela que, a menudo, la persona con fobia social tiene una impresión acerca de «cómo piensa que aparece ante los otros cuando está ansioso» («Siento como si todo el mundo estuviera mirándome»; «El temblor me hace sentir tan mal que debo estar dando una imagen penosa a los demás»). Cuando las imágenes se procesan, es frecuente que sucedan desde un punto de vista determinado, desde el cual la persona con fobia social se ve a sí misma «desde fuera de su cuerpo», contemplándose como un espectador externo. Esta «perspectiva del observador» generalmente contiene representaciones distorsionadas acerca de lo aparente y visible que es la ansiedad y sus síntomas.

Las personas con fobia social utilizan información interoceptiva para construir una impresión acerca de cómo aparecen ante los otros. Normalmente, los síntomas son mucho menos visibles de lo que ellas creen. Sin embargo, estas personas asumen erróneamente que, dado que ellas se sienten mal o incómodas, así deben estar percibiéndoles los demás. En suma, la persona se forma representaciones distorsionadas de cómo se ve su actuación desde fuera. La imagen distorsionada de uno mismo desde la perspectiva del observador y otras valoraciones negativas se mantienen por un procesamiento autofocalizado, también por conductas de evitación y de seguridad y por el hecho de que las situaciones sociales raramente proporcionan un *feedback* claro e inequívoco acerca de cómo somos percibidos. Incluso si la información positiva acerca del *self* en una situación social es-

tuviera disponible, es improbable que la persona con fobia social la procesara, debido a que centra su atención en el procesamiento de la información interno más que en el externo.

b) Conductas de evitación y de seguridad

Una forma fácil y clara de impedir las catástrofes que la persona con fobia social teme que ocurran es evitar las situaciones sociales. La persona elimina así el riesgo de un fracaso en su ejecución, aunque también esto le lleva a disminuir las oportunidades de desmentir los juicios y creencias negativos, por lo que el miedo se mantiene.

Cuando la evitación no es posible, la persona pondrá en marcha «conductas de seguridad» dirigidas a reducir el riesgo de fracaso social y que consisten en estrategias para impedir que se produzcan dichas catástrofes. Las conductas de seguridad pueden variar de forma, pero están lógicamente asociadas a valoraciones negativas. Por ejemplo, si la persona teme que le vean sudar, llevará ropa ligera, o no se quitará la chaqueta, o beberá bebidas frías.

Existen cuatro mecanismos a través de los cuales las conductas de seguridad mantienen los pensamientos distorsionados:

— Exacerban los síntomas: concentrarse, por ejemplo, en intentar pronunciar adecuadamente las palabras puede perturbar la fluidez verbal; ensayar mentalmente lo que se va a decir impide prestar atención a lo que dicen los demás, con lo cual se pueden decir cosas no relacionadas con el tema de conversación.

— Impiden la no confirmación: apoyan un sesgo atribucional que interfiere en la impugnación de las creencias y valoraciones negativas. La no ocurrencia de los resultados temidos (por ejemplo, el rechazo de los otros) se atribuye a la utilización de las conductas de seguridad y no al hecho de que el resultado temido es improbable.

— Mantienen la autoatención: mantienen la atención en el *self* y consumen recursos de procesamiento que deberían dirigirse al procesamiento impugnatorio (por ejemplo, analizar y determinar las verdaderas respuestas de las otras personas).

— Por último, contaminan la situación social: las conductas de seguridad, a menudo, son más perniciosas que la catástrofe temida que se quiere

evitar (por ejemplo, la persona no mantiene el contacto ocular, parece distraída, etc. y los demás la pueden juzgar como desinteresada o distante).

c) Síntomas cognitivos o somáticos

En el modelo se da gran importancia a los síntomas de ansiedad en el mantenimiento del trastorno. Captan la atención y perturban la ejecución social. Ahora bien, el grado en que resulten problemáticos depende de su interacción con el autoprocesamiento social: es la interpretación que el individuo hace acerca del significado social de los síntomas lo que mantiene y exacerba las valoraciones de peligro. Los síntomas de ansiedad se interpretan como un signo de fracaso inminente, como un signo de que no se van a alcanzar los estándares aceptables de comportamiento social, lo cual tendrá unas consecuencias catastróficas en términos de pérdida de estatus, pérdida de valía personal, rechazo y humillación.

Debido a la valoración de peligro asociada a los síntomas, la persona estará hipervigilante, y esto incrementa la intensidad subjetiva de los síntomas cognitivos y corporales. A partir del círculo vicioso que se crea, se pueden producir realmente los acontecimientos cognitivos o somáticos no deseados. A medida que se incrementa la intensidad de los síntomas, debido en parte al efecto paradójico de las conductas de seguridad, se incrementa la percepción de peligro y la hipervigilancia; esto afecta negativamente el contenido de la imagen pública del *self*, lo cual produce más síntomas.

3.5.3. CICLOS DE FEEDBACK CLAVE

En el modelo se plantea que hay cuatro ciclos de retroalimentación involucrados en el mantenimiento de la configuración del procesamiento autofocalizado disfuncional.

a) El procesamiento del *self* público puede servir para aumentar o disminuir las valoraciones de peligro, dependiendo de la naturaleza de las autovaloraciones realizadas.

b) Las conductas de seguridad mantienen los pensamientos negativos, al interferir en la atención a la información correctora y al impedir la exposición a situaciones «difíciles».

c) Los síntomas de ansiedad alimentan la construcción de la autovvaloración distorsionada.

d) Las conductas de seguridad pueden contaminar la situación social y sesgar negativamente las valoraciones de los otros.

Los distintos círculos viciosos no están necesariamente presentes en todos los individuos, sino que en cada uno pueden predominar unos sobre otros. Por lo tanto, en la formulación de cada caso individual se puede insistir más en un punto que en otro. En cualquier caso, el aspecto central del trastorno es el procesamiento disfuncional del sí mismo como un objeto social.

3.5.4. PROCESAMIENTO QUE CONTRIBUYE A LA AUTOFOCALIZACIÓN

Por último, además del procesamiento que se produce durante la ejecución en la situación social y que se ha ejemplificado gráficamente en la figura 1, Clark y Wells plantean otros dos mecanismos que contribuyen a que en la fobia social se dé una autofocalización aumentada e inestable: la fase de procesamiento anticipatorio y la fase de procesamiento *post mortem* (se vuelve sobre la situación y se analiza lo que ha ocurrido, lo que debería haber ocurrido y qué consecuencias podría tener, es decir, lo que en otros contextos se entiende por rumiar). Ambos tipos de procesamiento desempeñan un importante papel en el mantenimiento del trastorno, ya que sesgan el pensamiento e influyen en la ansiedad y el afecto.

a) Procesamiento anticipatorio

Antes de enfrentarse a una situación, la persona con fobia social revisa en detalle lo que según ella podría ocurrir y las formas de hacer frente a los problemas concretos. En la medida en que comienza a pensar en la situación, empieza a sentir ansiedad y sus pensamientos tienden a estar dominados por recuerdos y predicciones negativos. Si estas rumiaciones no llevan a evitar la situación, probablemente harán que la persona se enfrente a ella con elevada ansiedad y habiendo activado un modo de procesamiento autofocalizado.

b) Procesamiento posterior

Debido al modo en que la persona actúa en la situación social y la procesa, es improbable que haya recibido o procesado signos de aprobación social. Como resultado de ello, la persona con fobia social revisa la interacción en detalle y valora de forma fundamental los síntomas de ansiedad.

Las razones de la revisión pueden ser planificar mejores formas de enfrentamiento en el futuro, o reducir la incertidumbre sobre la impresión que ha causado en los demás. Esta revisión está dominada por la percepción negativa de sí mismo y es probable que la persona vea su ejecución más negativamente de lo que realmente fue.

El modelo que presentan estos autores representó una integración actualizada de la clínica y la psicopatología de la ansiedad social. Supuso un análisis detallado del contenido del procesamiento centrado en el sí mismo y las creencias y supuestos básicos que predisponen al *self* como objeto social, basándose además en evidencias empíricas para sus afirmaciones. Ha tenido importantes implicaciones para el tratamiento al reorientar el modo de procesamiento de manera que permita procesar de forma eficaz la información correctora y los elementos que introduce: diseñar las tareas de exposición para que la persona cambie el foco atencional hacia el ambiente, el abandono de las conductas de seguridad, o desafiar las distorsiones de la imagen pública del *self* mediante el uso del audio o del vídeo *feedback*. Sin embargo, se echa en falta un análisis más pormenorizado de las cuestiones de vulnerabilidad, ya que el modelo se centra fundamentalmente en cómo se mantiene la fobia social, y no olvida que, en el funcionamiento de la atención, también hay que tener en cuenta que quedará atrapada por lo que suponga una amenaza, tanto si proviene «de dentro» (los síntomas somáticos y cognitivos) como si lo hace desde fuera (la audiencia que comienza a bostezar).

3.6. Modelo de Rapee y Heimberg (1997)

Según Rapee y Heimberg, el modelo que proponen amplía las formulaciones iniciales de Carver y Scheier (1988) y Schlenker y Leary (1982) y debe mucho a los planteamientos de Clark y Wells (1995).

Este modelo parte de una serie de premisas con respecto al significado de la ansiedad social, fundamentalmente en lo que tiene que ver con su distribución en un continuo de gravedad y en la existencia de subtipos de fobia social.

En primer lugar, se asume que existe una relación entre timidez, fobia social y trastorno de personalidad por evitación. Estos tres constructos no son entidades separadas o trastornos cualitativamente distintos, sino que constituyen diversos puntos de un continuo. La timidez sería el punto más bajo, la fobia social el punto medio y el trastorno de personalidad por evitación el punto más elevado. Por tanto, aunque el modelo que plantean hace referencia explícitamente a la fobia social, se puede aplicar a todo ese continuo de preocupación por la evaluación social. En segundo lugar, se asume la existencia de los siguientes subtipos de fobia social, a saber, «fobia social generalizada» (DSM-IV) (APA, 1994): individuos cuyos miedos son evidentes en la mayoría de las situaciones sociales; y «fobia social no generalizada (DSM-IV) (o «limitada», «específica» o «circunscrita» en la literatura): individuos que temen un menor número de situaciones sociales o que dan muestras de miedos específicos respecto a la ejecución delante de otras personas (por ejemplo, miedo a hablar en público). Como ya se ha comentado en el capítulo anterior, en estos momentos está en discusión si existen diferencias cualitativas *versus* cuantitativas entre los subtipos (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993; Rapee, 1993). Sin embargo, en opinión de Rapee y Heimberg, incluso aquellos autores que defienden la existencia de diferencias cualitativas estarían de acuerdo en que la naturaleza básica de los subtipos es esencialmente similar. Por lo tanto, insisten en que las semejanzas son mayores que las diferencias y que el modelo que presentan puede aplicarse a todos los subtipos de fobia social.

Rapee y Heimberg (1997), al igual que Clark y Wells (1995), afirman que la persona con fobia social parte del supuesto de que las demás personas son inherentemente críticas (es decir, es probable que le evalúen negativamente). Otra de las creencias básicas de la persona con fobia social es dar una importancia fundamental al hecho de ser valorado positivamente por los demás. Por tanto, a partir de estos supuestos, se van a producir una serie de procesos que generan y mantienen una respuesta de ansiedad social. Dichos procesos van a ser esencialmente similares, con independencia de que la situación social esté ocurriendo en ese momento, se anticipe o se rememore (véase la figura 2).

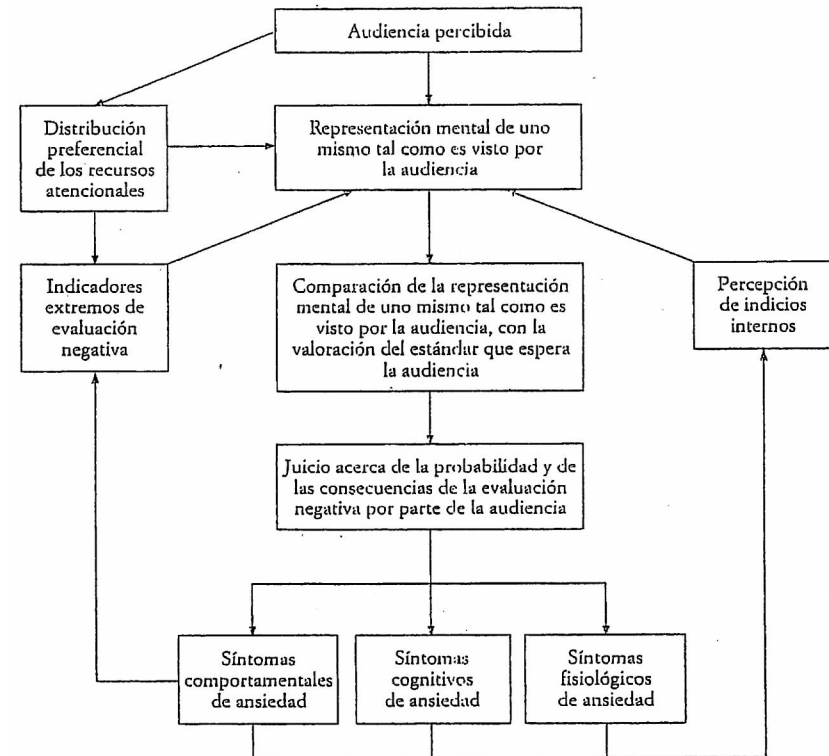


FIGURA 2. Modelo de fobia social (Rapee y Heimberg, 1997).

Concretamente, cuando la persona con fobia social se encuentra en una situación social forma una representación mental de su apariencia externa y su conducta tal como ella cree que son vistas por la audiencia. Simultáneamente, focaliza sus recursos atencionales, tanto sobre esta representación interna como sobre cualquier amenaza percibida en el entorno social.

El término «audiencia» lo utilizan estos autores tanto en su sentido típico (un grupo de personas que tiene la intención de observar) como para referirse a cualquier persona o grupo que potencialmente pueda

percibir la apariencia o la conducta de un individuo. Una situación social susceptible de ser evaluada sería, pues, cualquier situación en la que tal audiencia existiera. Así, para que se produzca ansiedad no es necesario que exista una interacción entre la audiencia y la persona. Por ejemplo, muchas personas con fobia social señalan un incremento de ansiedad sólo por tener que andar por la calle, y describen su preocupación por el hecho de que la gente les pueda ver y evaluar.

La representación mental de la apariencia y de la conducta se construye a partir de varias fuentes: información de la memoria a largo plazo (apariencia general, experiencia anterior en situaciones similares, etc.); señales internas (por ejemplo, síntomas físicos); y señales externas (*feedback* de la audiencia).

Los recursos atencionales se focalizan en los aspectos salientes de la autoimagen (que son, generalmente, aquellas características relevantes para la situación y potencialmente negativas), elementos que ya habían sido destacados por Clark y Wells (1995) y Wells y Clark (1997) en el modelo anterior; sin embargo, a diferencia de éste, en el presente modelo se señala que los recursos atencionales también se dirigen hacia el manejo de las amenazas externas potenciales. En el caso de la fobia social, la amenaza externa se refiere a los indicadores de posibles evaluaciones negativas (por ejemplo, signos de aburrimiento o rechazo). Además de dirigir los recursos a estas amenazas externas y a la representación mental de la propia apariencia y conducta, el individuo simultáneamente formula una predicción acerca de la ejecución estándar o norma que él espera va a utilizar la audiencia en una situación dada. De este modo, la persona compara su representación mental (la imagen que cree que tiene la audiencia de ella) con el estándar de ejecución que cree que utilizará la audiencia para predecir la percepción que la audiencia tendrá de su ejecución (y, por extensión, del propio individuo); es decir, realiza una estimación acerca de si se está comportando de una forma que se ajusta a los estándares que según ella tiene una audiencia determinada en una situación dada.

La discrepancia entre la percepción de la persona acerca de la valoración de la audiencia de su ejecución (apariencia o conducta) y la percepción de la persona de los estándares que utiliza la audiencia para llevar a cabo esta valoración, determina la probabilidad percibida por la persona con fobia social de que se produzca una evaluación negativa por

parte de la audiencia, así como la consideración de las consecuencias sociales de esta evaluación negativa esperada.

Por último, señalar que esta evaluación negativa predicha desencadena respuestas de ansiedad en sus diferentes componentes (fisiológicos, cognitivos y comportamentales), los cuales, a su vez, influyen en la representación mental del individuo acerca de cómo (cree que) ve la audiencia su propia apariencia y conducta. De esta forma este círculo vicioso de la ansiedad social se renueva.

Este modelo introduce, pues, conceptos tan relevantes para la ansiedad social como es el de audiencia y la representación de uno mismo tal como uno (cree) que es visto por esa audiencia. Por otra parte, completa la visión del modelo anterior con respecto a la distribución de los recursos atencionales. De esta forma, desde esta postura también se hacen aportaciones al tratamiento, puesto que podría reducirse la ansiedad y mejorar la actuación de la persona si los recursos atencionales se dirigieran a la tarea que está realizando y a los aspectos positivos que la audiencia le brinda, en lugar de centrarse sólo en lo negativo. Por otra parte, trabajar la representación que la persona tiene de sí misma sobre su aspecto o su ejecución es central, pero no sólo con reestructuración cognitiva, sino explícitamente a través de las grabaciones de la ejecución de la persona o mediante registros psicofisiológicos, con el fin de contrastar todos esos criterios de ejecución.

Todos estos modelos han resultado muy valiosos en tanto que han incidido en diferentes aspectos, todos ellos relevantes para la comprensión de la ansiedad social. No obstante, consideramos que desde nuestra experiencia podíamos aportar una propuesta de explicación de un problema en el que quien lo padece difícilmente va a poder evitar todas las situaciones que teme, y el significado que da a la situación social va a ser esencial en el origen y mantenimiento de su ansiedad, contribuyendo al fortalecimiento de sus creencias sobre su competencia, cómo va a ser valorado por los demás, etc. Al desarrollo de dicha propuesta se dedica el siguiente capítulo.

3.7. Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.) (DSM-IV), Washington, DC, APA. (trad. cast.: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona, 1995).
- Bandura, A. (1976), «Self-reinforcement. Theoretical and methodological considerations», *Behaviorism*, n.º 4, págs. 135-155.
- Barlow, D. H. (1988), *Anxiety and its disorders*, Nueva York, Guilford Press.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1988), «A control-process perspective on anxiety», *Anxiety Research*, n.º 1, págs. 17-22.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995), «A cognitive model of social phobia», en R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (comps.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, Nueva York, Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1993), *Fobia social*, Barcelona, Martínez-Roca.
- , (1995), *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*, Barcelona, Martínez Roca.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993), «The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia», *Journal of Anxiety Disorders*, n.º 7, págs. 249-269.
- Hofmann, S. G. y Barlow, D. H. (2002), «Social Phobia (Social Anxiety Disorder)», en D. H. Barlow (comp.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.), Nueva York, The Guilford Press.
- Kanfer, F. H. y Karoly, P. (1972), «Self-control. A behavioristic excursion into the lion's den», *Behavior Therapy*, n.º 3, págs. 398-416.
- Leary, M. R. (1983), *Understanding social anxiety: Social, personality, and clinical perspectives*, Beverly Hills, CA, Sage.
- Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1995), *Social anxiety*, Nueva York, Guilford Press.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. y Stein, M. B. (2000), «Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name?», *Archives of general Psychiatry*, n.º 57, págs. 191-192.
- Mischel, W. (1973), «Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality», *Psychological Review*, n.º 80, págs. 252-283.
- Rapee, R. M. (1993), «Recent advances in the treatment of social phobia», *Australian Psychologist*, n.º 28, págs. 168-171.
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997), «A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia», *Behaviour Research and Therapy*, n.º 35, págs. 741-756.
- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1998), «Fobia Social», en M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta* (vol. 1), Madrid, Dykinson-Psicología.

- Schlenker, B. R. (1980), *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*, Monterey, CA, Brooks/Cole.
- Schlenker, B. R. y Leary, M. R. (1982), «Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model», *Psychological Bulletin*, n.º 92, págs. 641-669.
- Wells, A. y Clark, D. (1997), «Social phobia: A cognitive approach», en G. Davey (comp.), *A handbook of theory, research and treatment*, Chichester, Wiley.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994), *Attention and emotion: A clinical perspective*, Hove, UK, Erlbaum.